PIELĘGNIARKA polska



III Krajowy Zjazd Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Na zdjęciu Prezydium Zjazdu. Przemawia Prezes, dr Alfred Fiderkiewicz.

Foto CAF

Rok 6 (XVII)
1953
Nr. 8
SIERPIEŃ
PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

TREŚĆ

Содержание № 8

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

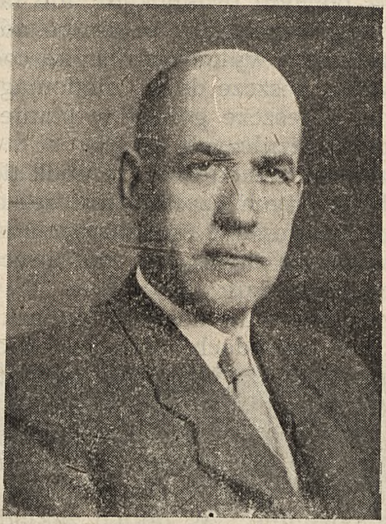
Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) Sierpień 1953 Nr 8

PREZYDIUM ZARZĄDU GŁÓWNEGO ZZPSZ

CZŁONKOWIE URZĘDUJĄCY



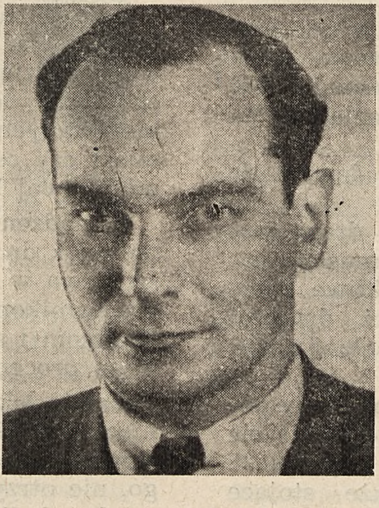
Dr Alfred Fiderkiewicz, Przewodniczący Zarządu Głównego ZZPSZ.



Dr Irena Brzozowska, wiceprzewodniczący Zarządu Głównego ZZPSZ.



Anna Biernacka, Redaktor mies. „Pielęgniarka Polska", sekretarz



Mieczysław Godlewski, sekretarz



Zbigniew Strzelecki, sekretarz

III KRAJOWY ZJAZD
Z.Z. Pracowników Służby Zdrowia

Dn. 27.VI. br. odbył się w Warszawie III Krajowy Zjazd delegatów ZZPSZ.

Niżej podajemy wyjątki z przemówienia tow. dr A. Fiderkiewicza.

Prezes, dr Fiderkiewicz mówiąc o rozwoju pracy Związku specjalnie podkreślał zagadnienie współzawodnictwa, jako drogi dalszego rozwoju służby zdrowia:

„Po III-cim Plenum KC Partii we współzawodnictwie pojawił się nowy element, narady wytwórcze. W końcu 1951 r. w dalszym okresie rozwojowym wprowadzono współzawodnictwo zadaniowe, a wśród zadań wybijało się szkolenie ideologiczne — jako zadanie czołowe.

Szkoleniem ideologicznym zostało objętych około 60% ogółu członków naszego Związku. Na kursach Wszechnicy Radiowej zostało przeszkolonych w ramach współzawodnictwa blisko 14 tysięcy słuchaczy"...

Przechodząc do zagadnienia szkolenia zawodowego, prezes Fiderkiewicz powiedział:

„...Szkoleniem zawodowym objęci zostali lekarze, pielęgniarki salowe itp. Przebiega ono pod hasłem, które wysunął Minister Zdrowia Tow. Dr Sztachelski „jeden szkoli dwóch", jak również na specjalnie organizowanych kursach. Najbardziej przyjętą formą szkolenia było szkolenie w toku wykonywanej pracy...".

„...Nie wolno nam zapominać, że nauka w naszym ustroju powinna być oparta na uświadomieniu ideologicznym i pracy masowo-politycznej. Położne i pielęgniarki jako awangarda służby zdrowia docierająca bezpośrednio do najbardziej zacofanych i oddalonych zakątków kraju powinny być naszym najbardziej bojowym elementem umiejącym walczyć z zacofaniem i ciemnotą wszędzie, gdziekolwiek się znajdują.

Nie wolno nam pozostawiać ich w oderwaniu od życia politycznego i związkowego. Musimy wciągnąć je wszystkie do aktywnej walki o realizacje Planu 6-letniego i o Socjalizm na wszystkich odcinkach pracy...".

A dalej mówiąc o szkoleniu zawodowym dr Fiderkiewicz stwierdził:

„...Ciągle jeszcze za mało znamy drogi rozwoju radzieckiej służby zdrowia, a musimy sobie zdawać z tego sprawę, że wnikliwe przestudiowanie i zapoznanie się z tymi drogami rozwoju pozwoli na przyśpieszenie pełnej socjalizacji naszej służby zdrowia.

Dlatego w szkoleniu zawodowym musimy położyć szczególny nacisk na zaznajomienie się z osiągnięciami radzieckiej służby zdrowia...".

Prezes Fiderkiewicz omówił także stojące przed nami — zadania, wyłaniające się wobec wzrostu Związku.

„...Przyjęcie w szeregi naszego Związku pracowników Służby Zdrowia M.O.N. i M.B.P., nakłada na nas szczególnie odpowiedzialne i zaszczytne zadania troski o zdrowie ukochanego przez cały nasz naród żołnierza i oficera Ludowego Wojska Polskiego i bohaterskich pracowników naszego Bezpieczeństwa.

Włączenie pionów o nowej specyfice wymagać będzie rozpracowania problemów tych działów pracy związkowej...".

Szeroko zostały omówione braki w służbie zdrowia. Dr Fiderkiewicz powiedział m. in.:

„...Wiele jeszcze mamy niedociągnięć w obsłudze chorego w zakładach służby zdrowia nie tylko z powodu braku kadr, ale także z braku właściwej współpracy czynnika administracyjnego z ludźmi wykonywującymi codzienną pracę. Mamy jeszcze duże niedomagania w lecznictwie, a jeszcze gorsze w stanie sanitarnym zakładów leczniczych.

Czym usprawiedliwić, że obok dobrze pracujących, czystych szpitali jest jeszcze taka duża ilość brudnych i niechlujnych zakładów".

Nawiązując następnie do pracy Związku, mówca stwierdził:

„Doświadczenia naszego Związku wykazują, że w tych zakładach, gdzie jest dobrze pracująca organizacja związkowa i partyjna, gdzie dyrekcja i administracja współpracują ze Związkiem, gdzie odbywają się narady wytwórcze, analizuje się osiągnięcia i braki oraz szuka się drogi do poprawy — tam zakłady stoją na wysokim poziomie. W takich zakładach zadowolony jest dyrektor, pracująca załoga i pacjenci...".

Prezes Fiderkiewicz omawiał szeroko zagadnienia bytowe pracowników. Między innymi poruszył sprawę braku mieszkań.

„...Poważnym zagadnieniem, które nas gnębiło i czeka jeszcze na rozwiązanie — to sprawa przydziału mieszkań dla pracowników fachowych: lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, kierowanych nakazem pracy do poszczególnych miast czy osiedli w celu zaspokojenia potrzeb miejscowej ludności.

Zarządzenie Ministerstwa Gospodarki Komunalnej z dn. 18.XII. 1951 r., dotyczące pierwszeństwa w przyznawaniu mieszkań fachowym pracownikom służby zdrowia, w szczególności lekarzom i specjalistom, zostało w bardzo nikłym procencie wykonane.

Często lekarze i pielęgniarki mimo, że są konieczni w danej miejscowości, często przemysłowej, wykonywującej zadania Planu 6-letniego, nie otrzymując mieszkań muszą wracać do miejsc skąd przybyli. Mamy stosy zażaleń z Zarządów Okręgowych na Rady Narodowe,

które mimo, że potrzebują lekarzy i pielęgniarek nie starają się o przydział dla nich mieszkań...".

Przechodząc do zagadnienia wczasów, dr Fiderkiewicz powiedział:

„...Dużym osiągnięciem w zakresie akcji socjalnej są wczasy lekarskie, które traktowane w roku 1951 jako eksperyment — całkowicie zdały egzamin. W roku 1952 do akcji tej wciągnięto również pielęgniarki. W ramach tych wczasów lekarze i pielęgniarki opiekują się wczasowiczami, za co pobierają wynagrodzenie. Początkowe trudności w wypłacie wynagrodzeń — dzięki interwencjom naszego Związku — zostały już usunięte.

Wreszcie mówca, jak gdyby reasumując stwierdził:

„...Najważniejszym czynnikiem socjalistycznego podejścia do ludzi — to współpraca i poszanowanie pracy każdego człowieka. Solidarna postawa ludzi pracy danego zakładu w zagadnieniach zawodowych i ideologicznych jest rękojmią dobrego i sprawnego wykonawstwa...".

✦

Dyskusję nad referatem tow. dr Fiderkiewicza w pierwszym dniu, cechowała zbyt mała krytyka pracy, zarówno pracy Zrządu Głównego ZZSPSZ, Ministerstwa Zdrowia, jak i pracy Okręgów, a dopiero w drugim dniu obrad nabrała właściwych cech dyskusji żywej i twórczej.



Stoisko Państwowego Zakładu Wydawnictw Lekarskich cieszące się dużym zainteresowaniem uczestników Zjazdu.

Foto CAF

Wzruszającym momentem było przemówienie tow. *Marii Kalinowskiej* dawnej analfabetki, dziś działaczki związkowej; ukazało ono zebranym jak wiele dobrego zdziałała w naszym społeczeństwie wygrana walka z analfabetyzmem. Dyskutanci, mówiąc o swej pracy związkowej, poruszali zagadnienia: pracy rad miejscowych, zagadnienia szkolenia kadr zarówno ideologicznego, związkowego jak i zawodowego, przy czym poruszano trudności związane z właściwą obsadą instruktorską szkół pielęgniarstwa, co w późniejszym etapie odbija się niekorzystnie na poziomie pracy tych absolwentek.

✦

Zabierając głos, Minister Zdrowia dr *Jerzy Sztachelski* sprowadził zadania ZZPSZ do 3 podstawowych:

1. mobilizowanie wszystkich pracowników służby zdrowia do wykonywania zadań, jakie przed nami stoją;
2. walka i praca nad podnoszeniem poziomu świadomości społecznej i wyrobienia obywatelskiego;
3. troska o pracownika służby zdrowia.

„Żadne z tych zadań nie jest pierwsze, wszystkie te zadania istnieją równolegle" — powiedział Minister.

Minister Zdrowia zauważył, że w dotychczasowych wypowiedziach przeważnie raził brak krytyki, która działa bez wątpienia równie mobilizująco jak podkreślanie osiągnięć pozytywnych. A przecież istnieje jeszcze u nas wiele wypadków biurokratycznego podejścia do człowieka, co obniża efekt naszej politycznej pracy. Minister wspomina m. in. o niejednokrotnie niedopuszczalnym stosunku i niedbałości wobec pacjenta w lecznictwie otwartym.

Dalej Minister omawia palącą sprawę poprawy warunków higienicznych — czystości szpitali.

Jako drugie zagadnienie Minister omawia konieczność dalszego podnoszenia poziomu ideologicznego pracowników, by nie stwarzać warunków dla penetracji wroga.

Mówiąc o wzmożeniu troski o człowieka, o pracownika służby zdrowia Minister podkreśla, że zadania pracowników naszego Związku są poważne i niezmiernie szeroko zakrojone, w związku z czym pracownicy ci wymagają specjalnej troski o ich warunki bytowe. W szczególności wymagają troskliwej z naszej strony opieki rzesze pracowników młodych, jak: absolwenci szkół medycznych, pielęgniarki i młodsze pielęgniarki, felczerzy i inni.

Minister zwraca uwagę na konieczność zdobycia zaufania pracowników, którzy powinni w sprawach żywo ich obchodzących zwracać się do Związku Zawodowego od najniższych do najwyższych instancji.

Bardzo ostro rozprawił się Minister Sztachelski z wszelkimi objawami rozrabiarstwa, nie mającego nic wspólnego z prawdziwą krytyką, a jedynie utrudniającego pracę i rozgoryczającego ludzi.

✦

Ważnym ostatnio wydarzeniem dla naszego związku było wstąpienie w jego szeregi cywilnych pracowników Ministerstwa Obrony Naro-

dowej oraz Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego, których delegaci zabierali głos w dyskusji.

✦

Tow. Golik — PCK Bydgoszcz — bardzo mocno postawił palące zagadnienie trudności mieszkaniowych absolwentek kursów PCK. młodszych pielęgniarek. Dając, jako przykład Dom Pielęgniarki zorganizowany w Zakopanem, proponuje podjąć myśl budowy takich domów pielęgniarek na wzór Hoteli Robotniczych.



Uczennice Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie włożyły wiele pracy dla usprawnienia obsługi delegatów. Na zdjęciu grupa uczennic z zainteresowaniem ogląda szklany fantom człowieka.
Foto CAF

✦

To samo zagadnienie oraz wiele innych dotyczących kwestii bytowych pielęgniarek poruszyła tow. *Kempisty*, pielęgniarka z Rzeszowa, mówiąc o wadliwym rozmieszczaniu młodszych pielęgniarek w lecznictwie, kierowaniu młodszych pielęgniarek na wieś, o brakach w ich szkoleniu, zbyt małej trosce ze strony Wydziałów Zdrowia o ich warunki pracy, bytu i szkolenia.

Troski o młode kadry dotyczyło również przemówienie tow. *Olczyk* z Łodzi.

O pięknej akcji otoczenia opieką przyzakładowych żłobków przez placówki służby zdrowia i przekroczeniu na tym odcinku planu przez Okrąg — mówił tow. *Leduchowski* z Okręgu Gdańskiego.

✦

W mobilizującym, zawierającym ostrze krytyki przemówieniu, tow. *Czerwińskiego*, Sekretarza CRZZ, uwypukliły się dwa zasadnicze zagadnienia: sprawa niewłaściwego stylu pracy niektórych placówek i pracowników służby zdrowia, sprawa troski o poziom ideologiczny pracowników służby zdrowia i poziom ich usług czynionych światu pracy. Tow. Czerwiński podaje przy tym szereg przykładów ilustrujących takie pozostałości ustroju kapitalistycznego jak biurokracja, kumoterstwo i bezduszność.

✦

Reszta dyskutantów podjęła mocną i rzeczową krytykę niedociągnięć, jakie jeszcze cechują służbę zdrowia, podkreślając jednocześnie jej osiągnięcia.

✦

Pod koniec dyskusji Komisja Matka wysunęła jako pierwszego kandydata na III Krajowy Kongres Związków Zawodowych Tow. BOLESŁAWA BIERUTA, którą to propozycję zebrani przyjęli entuzjastycznymi, burzliwymi oklaskami.

✦

W czasie trwania obrad szereg delegacji z kraju składało Prezydium Zjazdu swe meldunki oraz upominki świadczące o więzi pomiędzy ogniwami terenowymi a Zarządem Głównym ZZPSZ.

✦

W przerwach pomiędzy obradami zebrani mieli możność poznać doskonały zespół artystyczny pracowników służby zdrowia Okręgu Poznańskiego, na którego program złożył się koncert orkiestry oraz śpiew solowy dr *Zakrzewskiej*.

✦

Po podsumowaniu dyskusji przez tow. dr A. Fiderkiewicza zebrani przystąpili do wyboru członków Zarządu Głównego ZZPSZ, zastępców członków, komisji rewizyjnej oraz delegatów na III Kongres Związków Zawodowych.

✦

Tow. *Marian Czerwiński*, Sekretarz CRZZ, zaproponował następujący skład Prezydium Zarządu Głównego ZZPSZ, przyjęty jednogłośnie przez zebranych:

Przewodniczący — tow. dr *Alfred Fiderkiewicz*,

wiceprzewodniczący — tow. dr *Helena Brzozowska*,

sekretarze: — tow. tow. *Anna Biernacka, Mieczysław Godlewski, Zbigniew Strzelecki*,

Członkowie Prezydium tow. tow.: *I. Nieliwódzka, S. Jędrzejczak, S. Rolski, B. Torbeczko.*

✦

Zjazd powziął szereg uchwał, wysunął i zatwierdził wnioski, dotyczące podniesienie na wyższy poziom pracy związkowej oraz podjął szereg rezolucji.

✦

Ogólnie zwracał uwagę pozytywny fakt, że wśród delegatów dużą liczbę stanowiły młodsze pielęgniarki, co świadczy o ich aktywności w pracy związkowej.

Dr MIECZYSŁAW JUSTYNA

Znieczulenie w chirurgii

(Dokończenie)

PRZYGOTOWANIE

PRZED każdego rodzaju znieczuleniem podobnie jak przed zabiegiem chory powinien być odpowiednio przygotowany. Nie polega to bynajmniej na bezmyślnym czyszczeniu i głodzeniu, lecz na możliwie najdokładniejszym wyrównaniu fizycznych i chemicznych zaburzeń ustroju, na podawaniu krwi, plazmy, aminokwasów, soli sodowych i potasowych, glukozy, witamin itp. Ze środków przeczyszczających stosujemy tylko łagodnie działające, jak olej parafinowy, senes, kruszynę, preparaty kaskary, fenolftaleiny i podajemy je 24 — 36 godzin przed operacją. Olej rycynowy i sól gorzka, jako zbyt drażniące i wyczerpujące, są przeciwwskazane. Lewatywę z wody mydlanej, celem oczyszczenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego, stosujemy wieczorem dnia poprzedzającego zabieg, a jeśli w dniu zabiegu, to nie później niż 3 godziny przed znieczuleniem.

Ogólne

Chory kładąc się na stół operacyjny powinien być wypoczęty i uspokojony psychicznie, mieć próżny żołądek i odbytnicę, we krwi normalnej pH i poziom białka, conajmniej 3.000.000 krwinek czerwonych w 1 mm³ i 70% Hb, prawidłowe nawodnienie tkanek i odpowiedni zapas glikogenu w wątrobie.

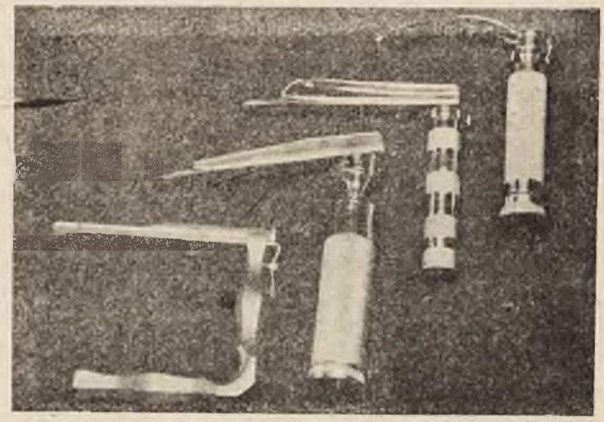
Farmakologiczne

Przygotowanie farmakologiczne, tzw. ,,przedznieczulenie", premedykacja *(praeanesthesia, premedicatio)* jest bardzo ważne ze względu na niebezpieczeństwo znieczulenia. Podajemy tu środki z grupy morfiny, wilczej jagody, (atropina, skopolamina) oraz związki barbiturowe (Phanodorm, luminal, somnifen). Dawki i rodzaje środków zależą od stanu ogólnego i wieku chorego oraz od sposobu znieczulenia; ordynuje je lekarz kierujący znieczuleniem. Wstrzykiwanie każdemu choremu stereotypowej dawki morfiny i atropiny, i — jak to często bywa w zupełnie nieodpowiednim czasie — kilkanaście minut przed znieczuleniem, jest szkodliwym przeżytkiem.

Nasenne środki barbiturowe podajemy doustnie na noc poprzedzającą operację i w dniu zabiegu — 2 godziny przed znieczuleniem. Morfinę należy wstrzykiwać podskórnie co najmniej na 1½ godziny, domięśniowo ¾ — 1 godziny, a dożylnie — 10 minut przed znieczuleniem. Skopolaminę i atropinę wstrzykujemy albo razem z morfiną, albo oddzielnie, podskórnie, ½ godziny przed znieczuleniem.

Sprzęt

Do wyposażenia sali operacyjnej w sprzęt anestezjologiczny obok dawnych narzędzi, jak maski z gazy, rozwieracze szczękowe i rurki ustno-gardzielowe, należą obecnie: butle stalowe zawierające tlen i gazy znieczulające, aparat do znieczulenia, pozwalający na stosowanie różnych środków ciekłych i gazowych w połączeniu z tlenem, rurki śródtchawicze, wzierniki krtaniowe (laryngoskopy), wzierniki oskrzelowe (bronchoskopy), ssak elektryczny lub wodny dla odsysania wydzieliny z dróg oddechowych (wyłącznie do użytku anestezjologa), przyrząd do cucenia (resuscitator), urządzenie zapobiegawcze wybuchom, adrenalina i środki podnoszące ciśnienie krwi.



Ryc. 3. Wzierniki krtaniowe (laryngoskopy), od dołu i strony lewej: a) Jackson'a, b) Forreger'a, c) Gordt'a, d) Mc Intosh'a.
Fot. A. Wiernicka

Metody postępowania zmieniły się bardzo. Wstrzykiwanie koraminy, kardiazolu, kamfory czy lobeliny, rzekomo w celu pobudzenia oddechu i krążenia w różnych powikłaniach znieczulenia, uważane jest obecnie za nieporozumienie i niepotrzebną stratę cennych minut. Tylko tlen jest podstawowym składnikiem potrzebnym do życia wszystkich komórek i tkanek. Większość powikłań, jak niedrożność oddechowa, wymioty, drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, przedawkowanie środka znieczulającego, zaburzenia rytmu serca itp. — wywołuje

w zasadzie przede wszystkim niedotlenienie ośrodków nerwowych i to bezpośrednio grozi śmiercią. Podstawowym więc urządzeniem, jakie powinno znajdować się w każdej sali operacyjnej, bez czego nie należy rozpoczynać żadnego znieczulenia, ogólnego czy miejscowego, jest przyrząd do podawania tlenu — worek gumowy — gilza z tlenem zaopatrzona zastawką redukującą oraz szczelna maska i worek gumowy. Każde znieczulenie, nawet najprostsze może skończyć się ciężkimi powikłaniami.

UTRZYMANIE DROŻNOŚCI ODDECHOWEJ

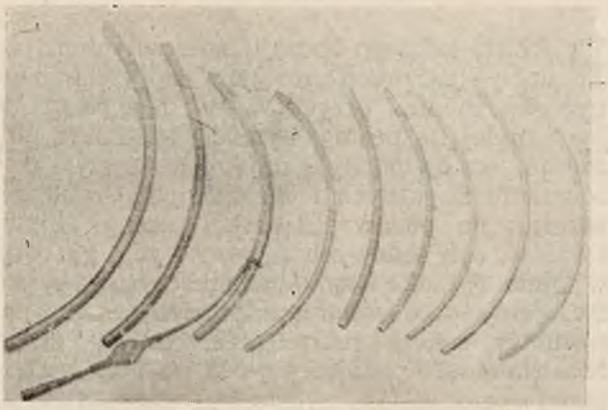
Dla prawidłowego zaopatrzenia organizmu w tlen i usuwania CO_2, konieczne jest zachowanie drożności oddechowej. Jest to pierwszy i zasadniczy warunek dobrego i bezpiecznego znieczulenia. Najczęstszymi przyczynami niedrożności oddechowej w czasie znieczulenia są: kurcz głośni, opadnięcie języka, żuchwy, nagłośni, nagromadzenie wydzieliny w drogach oddechowych itp. Dla utrzymania drożności stosujemy różnego rodzaju rurki oddechowe: ustno-gardzielowe, nosowo-gardzielowe i śródtchawiczne. Podtrzymywanie żuchwy również służy temu celowi. Odsysanie wydzieliny z nosa, gardzieli, ust, ewentualnie także z tchawicy i oskrzeli po zabiegu powinno być zasadą, poza tym oczywiście należy odsysać wydzielinę w czasie znieczulenia. Butla z tlenem, szczelna maska i worek gumowy oraz aparat do znieczulenia i ssak — to symbole nowoczesnego znieczulenia.



Różne rodzaje rurek ustnogardzielowych.
Fot. A. Wiernicka

ZNIECZULENIE ETEROWE

Każda pielęgniarka powinna umieć przeprowadzać znieczulenie eterowe metodą otwartą kroplową. Potrzebne są do tego celu: eter do narkozy w butelkach z datą ważności i nieuszkodzonym zalakowaniem, specjalna butelka z urządzeniem do kropelkowanego podawania eteru, maska otwarta do narkozy, składająca się ze szkieletu metalowego i rozpiętych na nim 6 — 8 warstw gazy (brzegi gazy należy obciąć, by nie wystawały poza metalowy szkielet więcej niż 1 cm), rurki ustno-gardzielowe, rozwieracz szczękowy, kleszczyki językowe Mayo lub Canalt'a, serwetka do przykrycia oczu, gaziki, lignina, wazelina wyjałowiona, aparat do mierzenia ciśnienia krwi. Narzędzia kompletnie przygotowane powinny znajdować się na stoliku po prawej stronie prowadzącego znieczulenie. Poza tym w bezpośrednim sąsiedztwie musi stać butla z tlenem, szczelną maską i gumowym workiem, oraz ssak.



Rurki ustno-tchawicze i nosowo-tchawicze.
Fot. A. Wiernicka

PRZED SNEM

Po ułożeniu wygodnie chorego na stole operacyjnym, z poduszką pod głową, sprawdzamy dane personalne pacjenta i oglądamy jego jamę ustną (protezy i luźno osadzone zęby wyjmujemy), rozwiązujemy ciasną odzież na szyi i klatce piersiowej, zakładamy aparat do ciśnienia krwi na prawe ramię, mierzymy ciśnienie i częstość tętna. Potem sprawdzamy działalność urządzenia, które przechyla głowową część stołu operacyjnego w dół (pozycja Pirogowa). Troszczymy się o zachowanie na sali bezwzględnej ciszy, gdyż usypiając chory odbiera wrażenie słuchowe ze spotęgowaną siłą, up. szmer wody lejącej się z kranu odczuwa jak szum wodospadu, upadek jakiegoś narzędzia na podłogę, jak wybuch itp. To z kolei wzmaga podniecenie chorego i utrudnia zasypianie. Nie należy polecać, by chory liczył w czasie usypiania, gdyż w miarę stopniowej utraty władz umysłowych, chory myli się, a to denerwuje i utrudnia zasypianie.

SEN

Na sali operacyjnej w czasie usypiania powinny być obecne jedna lub dwie osoby z personelu pomocniczego celem ewentualnego udzielenia pomocy, zabezpieczenia chorego przed samouszkodzeniem w okresie podniecenia, a także ze względów prawnych. Uprzedzając chorego o każdej czynności, jaką będziemy wykonywać, przykrywamy jego oczy serwetką, kładziemy lekko maskę na twarzy i polecamy oddychać w normalny sposób. Następnie zaczynamy podawać kroplami chlorek etylu, najpierw z szybkością 1 kropli co

3 — 4 sekundy, a później coraz szybciej (więcej niż 3 krople w ciągu 2 sekund nie należy podawać). Jeśli chory wstrzymuje oddech lub kaszle, przerywamy na chwilę podawanie.

Gdy zjawiają się równe, automatyczne oddechy i brak odruchów powiekowych — mamy dowód, że chory znajduje się już w III-cim okresie uśpienia; wtedy zaczynamy podawać krople e t e r u a z nim jednocześnie, jeszcze w ciągu kilku — kilkunastu sekund — chlorek etylu. Następnie przechodzimy na eter, przy czym szybkość podawania uzależniamy od żądanej głębokości znieczulenia. Zazwyczaj nie trzeba podawać szybciej niż 80 — 100 kropel na jedną minutę.

Normalnie, począwszy od 2 fazy III okresu, a w razie potrzeby (sinica, niedrożność, płytkie oddechy) już wcześniej, podkładamy pod maskę cienki dren gumowy, dołączony do butli z tlenem i podajemy tlen w ilości 2 — 5 litrów na 1 minutę. Maskę możemy uszczelnić z boków serwetką tylko do chwili „wprowadzenia" do znieczulenia, tj. przejścia chorego w 1 stopień III okresu. Nie należy natomiast uszczelniać maski przy podawaniu chlorku etylu i chloroformu oraz przy znieczulaniu dzieci.

Przez cały czas znieczulenia należy pilnie obserwować chorego i jego oddech, zabarwienie skóry i śluzówek, odruchy oczne, mierzyć ciśnienie i tętno. Powłoki skórne powinny być stale różowe i ciepłe, a oddech cichy i spokojny. Oddech „głośny" świadczy o przeszkodzie w drogach oddechowych i należy ją natychmiast usunąć. W razie wymiotów przechylamy głowę chorego na bok i opuszczamy wezgłowie stołu operacyjnego, odsysamy wymiociny z jamy ustnej i gardzieli, i następnie pogłębiamy znieczulenie. W razie spadku ciśnienia krwi opuszczamy głowę chorego w dół, nogi unosimy do góry, przetaczamy krew, plazmę lub poliglutan i w razie potrzeby stosujemy środki mające podnieść ciśnienie krwi.

Przy operacjach brzusznych, po zaszyciu otrzewnej, możemy przerwać podawanie eteru, w każdym innym wypadku należy porozumieć się z chirurgiem co do ukończenia znieczulenia.

Mieczysław Justyna

Doc. dr WIT RZEPECKI
Zakopane

Dydaktyczny film o odmie zewnątrzopłucnej

(Rola Pielęgniarki)

W końcu ubiegłego roku został wyprodukowany film o charakterze dydaktycznym, pt. *„Odma zewnątrzopłucna"*. Film ten powinien zainteresować zarówno uczennice szkół pielęgniarstwa jak i pielęgniarki, zwłaszcza pielęgniarki zatrudnione w zakładach leczenia gruźlicy płuc: w sanatoriach, prewentoriach dziecięcych, przychodniach przeciwgruźliczych, ośrodkach zdrowia itp.

Filmy naukowe z dziedziny gruźlicy płuc są w przekroju światowym zjawiskiem rzadkim, a wspomniany film na terenie Polski jest pierwszym tego rodzaju po wojnie, dlatego też należy się nie tylko uznanie Wytwórni Filmów Oświatowych, Instytutowi Gruźlicy, a przede wszystkim Ministerstwu Zdrowia ale i zachęta do dalszej w tym kierunku pracy.

Film o odmie zewnątrzopłucnej jest jakby ilustrowanym wykładem, uzupełnia go bowiem dźwięk. W przystępnej wprawdzie lecz nie nazbyt popularnej formie, jest tu omówiona całość zagadnienia operacji odmy zewnątrzopłucnej. Film przeznaczony jest głównie dla słuchaczy Akademii Medycznych, pielęgniarek i felczerów, nadaje się jednak również do popularyzowania wśród ogółu lekarzy. Film ten traktujemy jako pomoc naukową mogącą śmiało zastąpić wykład uniwersytecki, lub wykład w szkole pielęgniarstwa, nie nadaje się jednak zupełnie dla szerszej publiczności.

Po wojnie wyprodukowano w Polsce kilka pięknych filmów chirurgicznych tak np.: Profesora *Brossa* o torakoplastyce w leczeniu gruźlicy płuc, o operacji przepukliny przeponowej, o operacji osierdzia w zwężającym zapaleniu osierdzia, następnie film dr *Laszczaka* (Bystra Śląska) o odkorowaniu płuca (dekortykacja) w przypadkach ropniaka opłucnej. Były to jednak filmy stworzone w y ł ą c z n i e dla chirurgów, a więc c z y s t o t e c h n i c z n e, pokazujące poszczególne etapy samego zabiegu i nie mające komentarza słownego. Wymagały tym samym osobnego objaśnienia. Widzimy, że i w tych filmach przeważa tematyka walki z gruźlicą płuc, co świadczy o wielkim zainteresowaniu w Polsce Ludowej zagadnieniem walki z tą chorobą.

Film o odmie zewnątrzopłucnej jest średniometrażowy, tzn. długość jego wynosi 1.400 metrów, a czas wyświetlania 50 minut. Reżyserią

filmu kierował ob. *Maciej Sieński*, a zdjęć dokonał ob. *Wawrzyniak*. Scenariusz *) został opracowany z pomocą Doc. dr *Mariana Zierskiego*.

PRZED ZABIEGIEM

Na wstępie filmu podkreślono znaczenie akcji prowadzonej przez przychodnię przeciwgruźliczą w walce z gruźlicą. Wykrywanie chorych na gruźlicę płuc ma szczególnie poważne znaczenie przy obecności jamy gruźliczej, jama bowiem jest głównym źródłem prątków, a tym samym stanowi niebezpieczeństwo zarówno dla samego chorego jak i dla jego otoczenia.



Okrywanie pola operacyjnego przed zabiegiem (zdjęcie robocze).
Fot. A. Domalewski, Łódź

Zwrócono uwagę na badania radiologiczne za pomocą promieni Rentgena, którymi wykrywa się chorych z jamami, a dalej na fakt, że nie zawsze antybiotyki lub zwykła odma śródopłucna mogą być zastosowane czy skuteczne w leczeniu zmian jamiastych. Wielu chorych kieruje się do leczenia sanatoryjnego celem wykonania następnie zabiegu operacyjnego.

Dalej przytoczymy tekst samego filmu omawiający zadania pielęgniarki: „chory, który dotąd nie zdawał sobie sprawy ze stanu zdrowia i który nagle został wyrwany z normalnego toku pracy — nie łatwo daje się przekonać o konieczności poddania się zabiegowi. Dlatego lekarz i personel pielęgniarski ma obowiązek przygotowania chorego do tego rodzaju leczenia drogą umiejętnej perswazji oraz otoczenia go w zakładzie życzliwą i serdeczną atmosferą. Należy starać się, aby oszczędzając system nerwowy chorego, przekonać go jednak, że choroba nie tylko może zagrażać jego życiu, ale stanowi również niebezpieczeństwo dla środowisk, w którym chory przebywa".

Ten ustęp tekstu jest zilustrowany pogadanką jaką lekarka prowadzi z chorym w obecności pielęgniarki. Chory w okresie przygotowywania do operacji leży w łóżku i zażywa antybiotyki.

Szereg pokazanych rysunków i przekrojów tłumaczy nam sposób działania odmy śródpłucnej dla porównania z odmą zewnątrzopłucną.

Przed powzięciem decyzji o zabiegu wykonuje się szereg badań pomocniczych (badania elektrokardiograficzne, pojemności życiowej, układu krążenia, zdjęcia tomograficzne), w których pomaga pielęgniarka względnie personel techniczny. Tak np. pokazano dokładnie pracę personelu pomocniczego przy wykonywaniu zdjęć warstwowych, zfilmowano także moment pouczania chorego przez pielęgniarkę jak należy wykonywać ćwiczenia oddechowe (przepony). „Do zadań pielęgniarki opiekującej się chorym należy pouczenie go jak trzeba wykonywać ćwiczenia oddechowe. Dzięki tym ćwiczeniom można uniknąć ewentualnych powikłań pooperacyjnych" — brzmią słowa tekstu towarzyszącego obrazom.

Dalej pokazano szereg czynności pielęgniarskich wykonywanych wieczorem dnia poprzedzającego zabieg.

„Wieczorem pielęgniarka myje choremu plecy, właściwy rejon pola operacyjnego. Dla zachowania czystości skóry zakłada się na plecy chorego jałowy opatrunek. Aby utrzymać system chorego w równowadze — należy stosować zastrzyki i leki uspakajające. Wielką rolę odgrywa tu również właściwe podejście personelu pielęgniarskiego" — brzmią słowa speakera.

W dniu zabiegu lekarz odwiedza chorego dla stwierdzenia jego samopoczucia, towarzyszy mu, jak to widzimy na zdjęciu Nr 2, pielęgniarka. Na zdjęciu salę szpitalną przekształcono w atelier filmowe.

Dalej widzimy na filmie przewożenie chorego na wózku, do pokoju przygotowawczego, gdzie układa się go do znieczulenia miejscowego, wykonywanego prokainą przez lekarza anestezjologa. Kilka przekrojów anatomicznych pokazuje w dwu płaszczyznach sposób wbijania igieł i wstrzykiwanie środka znieczulającego. Przeniesienie na stół operacyjny i ułożenie na nim chorego wykonują dwie salowe, używając pasów oraz podpórek do ustalania pozycji chorego w czasie operacji.

OPERACJA

Dalej następują fragmenty pracy pielęgniarki na sali operacyjnej. Układa ona w sposób systematyczny poszczególne narzędzia na stole narzędziowym, a speaker objaśnia ich nazwę i znaczenie.

Na zdjęciu Nr 1 widzimy okrywanie pola operacyjnego jałowymi serwetami przez zespół, pielęgniarka - instrumentarjuszka podaje ostatni spinak (kleszczyki Backhausa) dla przytrzymania skrzyżowania serwet. Jest to też zdjęcie „robocze" z reflektorem na drugim planie.

Teraz następuje sama operacja, która stanowi trzon filmu. Ponieważ sam zabieg odbywa się w ciemności, a pole operacyjne mieszczące się we wnętrzu klatki piersiowej jest głębokie,

---

*) Scenariusz Doc. dr **Wit Rzepeckiego** — od Redakcji.

wiele etapów zabiegu przedstawiono w sposób schematyczny — na rysunkach, które noszą w języku filmowym nazwę „tricków". Są to rysunki, które obrazują doskonale ruch, nie są więc statyczne. Widzimy zatem ruchy oddechowe płuc i przepony, powolne zapadanie się płuca za pomocą preparowania palcem i ujętym w kleszcze gazikiem itp.

PIELĘGNOWANIE POOPERACYJNE

Po zakończonej operacji dopełnia się komorę odmy, co widzieliśmy na zdjęciu nr 2 w poprzednim artykule pt. „Odma zewnątrzopłucna" (Pielęgniarka Polska Nr 7/53 str. 13).

W przebiegu pooperacyjnym zwrócono raz jeszcze uwagę na odpowiedzialność jaka spoczywa na pielęgniarce: „Prawidłowy przebieg leczenia w okresie pooperacyjnym i skuteczność zabiegu zależy w dużej mierze od umiejętnej opieki lekarskiej i p i e l ę g n i a r s k i e j".

Czynności pooperacyjne ukazuje nam film, a słowa speakera objaśniają jak ważne jest nagrzanie łóżka po zabiegu, uniesienie nóg, stała kontrola ciśnienia krwi, kontrola tętna oraz ciepłoty, a także dopełnianie powietrzem świeżo stworzonej komory odmy. Widzimy także pracę laborantki wykonywującej zdjęcie pooperacyjne przenośnym aparatem Rentgena.

Przy końcu film wyjaśnia niebezpieczeństwa oraz mechanizm ruchów opacznych (paradoksalnych) tak częstych po operacji torakoplastyki, a nie występujących w odmie zewnątrzopłucnej, poza okresem samej operacji. Powikłania pooperacyjne odmy zewnątrzopłucnej ograniczono do przedstawienia krwawego wysięku i nakłucia klatki piersiowej celem jego usunięcia.

Pracę pielęgniarki widzimy ponownie na ekranie, gdy w drugim dniu po zabiegu pielęgniarka pomaga choremu w wykonywaniu ćwiczeń gimnastycznych w łóżku, następnie w czasie werandowania, kiedy podaje mu lekarstwa, wreszcie przy terapii pracą.

*
* *

Jak widzimy, z tego krótkiego opisu filmu, przedstawia on c a ł o ś ć zagadnienia związanego z odmą zewnątrzopłucną, nie ograniczając się jedynie do strony l e k a r s k i e j. Film pokazuje dokładnie czynności i zadania p i e l ę g n i a r s k i e, charakterystyczne nie tylko dla zabiegu odmy zewnątrzopłucnej, ale będące integralną częścią opieki przed — i pooperacyjnej w o g ó l e.

Film został uznany na specjalnej konferencji w marcu br., jako nadający się do eksportu za granicę do różnych ośrodków leczenia gruźlicy płuc w Związku Radzieckim, w NRD, Francji, w krajach anglosaskich itd. Kopię filmu zakupił dla celów dydaktycznych także nasz Instytut Gruźlicy.



Zdjęcie robocze, reżyser (siedzi), operator filmowy w asyście technicznej, nastawienie reflektora. W głębi scena ostatniej wizyty lekarza przed operacją, pielęgniarka poprawia koc chorego.
Fot. A. Domalewski, Łódź

W Polsce film ten można wyświetlać z pożytkiem dla uczniów w Szkołach Pielęgniarskich, Ośrodkach Szkolenia Pielęgniarek PCK oraz Szkołach Felczerskich — zamiast wykładu. W tym celu należy postarać się o d o b r ą a p a r a t u r ę d ź w i ę k o w ą dla filmów normalnej szerokości, zaś sam film wypożyczyć przez miejscową (wojewódzką) placówkę Filmu Polskiego względnie wprost z Filmu Polskiego, Centrala Wynajmu Filmów, Warszawa, ul. Marszałkowska 56.

Wit Rzepecki

Podniesienie jakości i ilości usług — obowiązkiem każdego pracownika służby zdrowia

Mgr JERZY JOŃCZYK

ŚRODKI LECZNICZE

Środki uśmierzające bóle i przeciwgorączkowe

A. ŚRODKI NARKOTYCZNE Z GRUPY OPIUM

Opium jest to sok mleczny, otrzymywany przez nacięcie niedojrzałych makówek maku lekarskiego *(Papaver somniferum L.)* i wysuszony na powietrzu. Zawiera on, obok żywic i innych ciał nie posiadających działania farmakologicznego, około 25 alkaloidów w dość zmiennej ilości (zwykle 20 — 25%). Najważniejszym z nich jest morfina (około 10%), następnie kodeina (0,3 — 3%), papaweryna (około 1%) i inne. W lecznictwie używa się zarówno samego opium lub jego przetworów, jak też wyizolowanych czystych alkaloidów. Niektóre z alkaloidów wyosobnionych z opium po dalszej przeróbce chemicznej dają szereg cennych leków.

Opium importujemy do Polski, natomiast morfinę otrzymujemy w kraju przez wyciąganie z wysuszonych makówek po usunięciu nasion. Jest to oryginalna metoda polska, która pozwala na zaoszczędzenie cennych dewiz drogą przerabiania odpadków, jakimi są makowiny po wymłóceniu nasion.

O p i u m - m a k o w i e c

Opium importujemy w bryłach różnego kształtu i wielkości — zależnie od kraju, z którego pochodzi. Różne są też zawarte w nim ilości alkaloidów. Do celów leczniczych używamy wyłącznie opium sproszkowanego *Opium pulveratum*. Wszelkie formy receptowe sporządzane są z opium sproszkowanego, za wyjątkiem wyciągu opiumowego. *Extractum Opii*, który jest sporządzany z opium surowego.

Opium pulveratum ma postać złotego lub czerwonobrunatnego proszku o swoistym zapachu i bardzo gorzkim, dość ostrym smaku. Spotykamy go również w postaci tabletek po 0,03. Opium musi być przechowywane w naczyniach szczelnie zamkniętych i chronione od światła. Należy do wykazu środków odurzających. N a j w y ż s z a d a w k a j e d n o r a z o w a — 0,15; n a j w y ż s z a d a w k a d z i e n n a — 0,5.

Działanie opium jest wypadkową działania wszystkich alkaloidów, w nim zawartych. Najcenniejsze jest działanie morfiny, alkaloidu znajdującego się w opium w ilości największej. Opium i jego przetwory stosujemy głównie jako środek hamujący perystaltykę jelit. Alkaloidy opium wchłaniają się w jelitach bardzo powoli, ponieważ żywice i inne ciała balastowe działają na śluzówkę osłaniająco, dlatego działanie opium trwa stosunkowo długo.

Opium i jego preparaty działają dość silnie przeciwbólowo, porażając bezpośrednio duże przestrzenie kory mózgowej i stosowane są przeciw kolce jelitowej, żółciowej, nerkowej, dusznicy bolesnej i dychawicy oskrzelowej. Opium jest specjalnie cennym środkiem w tych przypadkach, kiedy bezwzględnie konieczne jest całkowite zatrzymanie ruchów jelit: przy ranach jelit, ropnym zapaleniu wyrostka robaczkowego, tj. wówczas, kiedy ruchy perystaltyczne jelit mogą spowodować przedostanie się mas pokarmowych do wnętrza jamy brzusznej. Należy jednak pamiętać, że częste stosowanie opium i jego przetworów może doprowadzić do obniżenia napięcia mięśni jelit i wywoływać uporczywe zaparcia.

Exstractum Opii siccum. Wyciąg opiumowy jest to czerwonobrunatny proszek, zawierający 20% morfiny. Najwyższa dawka jednorazowa — 0,1; najwyższa dawka dzienna — 0,3. Stosujemy go łącznie z *Extractum Belladonnae* przy bólach kurczowych: 0,2 jednorazowo, 3 razy dziennie.

Tinctura Opii benzoica. Benzoesowa nalewka opiumowa jest mieszaniną nalewki opiumowej, spirytusu, kwasu benzoesowego, kamfory i olejku anyżowego. Zawiera 0,05% morfiny. Stosujemy ją najczęściej jako środek wykrztuśny; przy bólach przewodu pokarmowego podaje się do 30 kropel jednorazowo.

Tinctura Opii simplex. Nalewka opiumowa — brunatnoczerwony płyn o smaku i zapachu opium. Zawiera 1% morfiny. Najwyższa dawka jednorazowa 1,5 (60 kropel); najwyższa dawka dzienna 5,0. Zwykle podajemy ją przy bólach przewodu pokarmowego (do 15 kropel).

Pantopon. Omnoponum. Alcaloida Opii omnia. Jasnobrązowy proszek, zawierający wszystkie alkaloidy opium w takich samych stosunkach ilościowych, jak i w samym opium, lecz pod postacią ich soli (chlorowodorków). 1,0 zawiera 0,66 chlorowodorku morfiny.

Znajdujemy go w substancji i w ampułkach po 0,01 i 0,02. W działaniu różni się od opium tym, że jest szybciej wchłaniany (działa szybciej od chwili podania, ale krócej). Stosowany

jest przede wszystkim jako środek przeciwbólowy; ma o wiele słabsze działanie zapierające niż opium.

Jako środek przeciwbólowy jest lepszy niż czysta morfina, ponieważ jest mniej trujący; w słabszym stopniu poraża ośrodek oddechowy i nie powoduje przyzwyczajenia. Najwyższa dawka jednorazowa — 0,03; najwyższa dawka dzienna — 0,1. Stosujemy go podskórnie, doustnie i doodbytniczo (0,01 jednorazowo, 2 — 3 razy dziennie).

Wszystkie przetwory opium, a więc i pantopon należą do wykazu środków odurzających.

Morphinum hydrochloricum. Chlorowodorek morfiny.

Białe, krystaliczne igiełki o jedwabistym połysku, bez woni o smaku gorzkim. W obrocie spotkamy morfinę w substancji oraz w ampułkach po 0,001, 0,01 i 0,02. Należy do wykazu środków odurzających. Najwyższa dawka jednorazowa — 0,03; najwyższa dawka dzienna — 0,1.

Morfina działa uspokajająco na określone części ośrodkowego układu nerwowego, szczególnie na korę mózgową; znosi uczucie bólu przy zachowaniu świadomości, w przeciwieństwie do narkozy. To działanie uspokajające rozszerza się również na ośrodek oddechowy i związany z nim ośrodek kaszlu: oddech staje się wolniejszy, kaszel ustaje. Przedawkowanie powoduje spłycenie oddechu i może doprowadzić do śmierci przez uduszenie — na skutek porażenia ośrodka oddechowego. Morfina wywołuje zaparcia wskutek skurczu mięśni gładkich przewodu pokarmowego. Często po podaniu morfiny występuje sen, lecz jest to sen niegłęboki, najlżejsze podrażnienie zewnętrzne (hałas, głośna rozmowa itp.) może go przerwać.

Morfina wywołuje stan błogości — eufori ę — (zanika uczucie głodu, zmęczenia, zjawia się natomiast uczucie lekkości, spokoju) i ten stan jest główną przyczyną nadużywania morfiny przez narkomanów-morfinistów. Morfina przyjmowana przez dłuższy czas powoduje zwyrodnienie psychiczne, nerwowe i fizyczne — zanika wola, wrażliwość na względy etyczne, rozwija się duże wyniszczenie ustroju, pojawiają się zaburzenia krążenia, niedokrwistość, zmniejsza się wybitnie odporność na zakażenia.

Morfinę stosuje się przy uporczywych bólach wszelkiego pochodzenia. Wstrzyknięta podskórnie w ilości 0,01 — 0,02 w przeciągu 15 — 20 minut zmniejsza czucie bólu; działa w ciągu 4 — 5 godzin. Doustnie podaje się w proszkach po 0,02 jednorazowo, 2 razy dziennie. Stosowana jest również pod postacią czopków.

Codeinum. Kodeina.

Bezbarwne, przezroczyste kryształy lub biały krystaliczny proszek bez zapachu, o gorzkim smaku. Należy go przechowywać w naczyniach szczelnie zamkniętych, chronić przed światłem. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa — 0,05; najwyższa dawka dzienna 0,2. Przeciwbólowo działa 3 razy słabiej od morfiny. Nie wywołuje łatwo euforii, przyzwyczajenie do niej zdarza się więc bardzo rzadko. Na ośrodek oddechowy działa o wiele słabiej od morfiny, w słabszym również stopniu wywołuje zaparcia. Stosowana jest głównie jako środek przeciwkaszlowy (poraża ośrodek kaszlu) w dawkach 0,01 — 0,03.

Codeinum phosphoricum. Fosforan kodeiny. Wygląd i sposób przechowywania tak jak *Codeinum.* Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 0,075; najwyższa dawka dzienna 0,3. Działanie i stosowanie jak Codeinum. W obrocie występuje w substancji i tabletkach po 0,02.

Aethylomorphinum hydrochloricum. Dionina. Otrzymujemy ją z morfiny, jako biały krystaliczny proszek o gorzkim smaku. Przechowywać go należy w szczelnie zamkniętych naczyniach, chroniąc od światła. Należy do wykazu A. Najwyższa dawka jednorazowa 0,05; najwyższa dawka dzienna 0,15.

Dionina, pod względem działania zbliżona jest do kodeiny, lecz jest o wiele silniejsza. Poraża ośrodek kaszlu, uśmierza bóle. Stosowana dla uspokojenia kaszlu i bólów, szczególnie przy długotrwałym kaszlu i bólach podrażniających drogi oddechowe (np. po zatruciach gazami bojowymi). Stosujemy ją również przy ostrym katarze — już po pierwszych dawkach zmniejsza wydzielanie śluzu. Podaje się 0,01 — 0,02 jednorazowo, do 3 razy dziennie. Stosowana jest również w okulistyce, przy zapaleniu tęczówki, jako krople do oczu (1 — 5% roztworów wodnych).

Dicodid. Dihydrocodeinonum hydrochloricum. Otrzymujemy go z kodeiny. W obrocie znajduje sie w tabletkach po 0,01. Jest środkiem przeciwbólowym nieco słabszym od morfiny, ale silniejszym od kodeiny. Wywołuje euforię. Podajemy go zamiast morfiny, czasami w połączeniu z innymi środkami, w dawkach 0,005 — 0,01, 2 — 3 razy dziennie. Należy do wykazu środków odurzających.

Morphinum hydrochloricum cum Atropino amp. 0,01 + 0,0005.

Mieszanina stosowana przy bólach kurczowych wszelkiego pochodzenia 1 amp. jednorazowo, 2 razy dziennie.

Morphinum hydrochloricum cum Scopolamino amp. 0,01 + 0,0003.

Mieszanina stosowana w ostrych formach pobudzenia psychicznego oraz jako wstępne przygotowanie chorego do uśpienia (premedykacja); 1 amp. jednorazowo, 2 razy dziennie.

d. c. n.

Dr JÓZEF LENARTOWICZ

URAZY KLATKI PIERSIOWEJ

URAZ klatki piersiowej jest zjawiskiem dość częstym i w chirurgii wypadków nagłych zajmuje specjalne miejsce, ponieważ powoduje zaburzenia czynności ważnych dla życia narządów: k r ą ż e n i a i o d y c h a n i a. Uszkodzenia powierzchowne nie należą właściwe do tej grupy, gdyż nie różnią się niczym od inaczej umiejscowionych następstw urazu.

Naruszenie czynności oddychania i krążenia w mniejszym lub większym stopniu towarzyszy każdemu urazowi klatki piersiowej, przy czym nie zawsze jest wprost proporcjonalne do rozległości i rodzaju urazu.

Prawidłowa czynność oddychania zależy nie tylko od zachowania czynności narządu oddechowego, lecz również od złożonych mechanizmów regulacyjnych, które pod wpływem urazu łatwo ulegają zakłóceniu.

W skutkach urazu widzimy dużą rozpiętość: od odruchowego, chwilowego bezdechu — do ciężkich uszkodzeń płuca, serca lub dużych naczyń. Ani rodzaj urazu ani nawet dające się stwierdzić zmiany nie stanowią dostatecznych przesłanek dla oceny całokształtu obrażeń. W każdym wypadku musimy dokładnie obserwować uszkodzenie klatki piersiowej chorego, by dość wcześnie wyłowić objawy groźnych powikłań pourazowych.

Urazy klatki piersiowej mogą być powikłane prze k r w o t o k, o d m ę p o d s k ó r n ą, o d m ę o p ł u c n o w ą i o d m ę ś r ó d p i e r s i a.

Krwawienie stwierdza się w następstwie uszkodzenia naczyń ściany klatki piersiowej, naczyń płucnych, dużych pni naczyniowych i serca.

Krwotok rozpoznajemy na podstawie o b j a w ó w o g ó l n y c h, jak bladość powłokowa, przyśpieszenie i osłabienie napięcia tętna, a także na podstawie o b j a w ó w g r o m a d z e n i a s i ę p ł y n u w k l a t c e p i e r s i o w e j. Szybkość z jaką narastają objawy krwawienia, pozwala do pewnego stopnia ocenić kaliber uszkodzenia naczynia. Szczególnie ciężki stan towarzyszy krwawieniu do worka osierdziowego, gdyż wynaczyniona krew bezpośrednio uciska na serce.

ODMY

Odma podskórna wskazuje na równoczesne uszkodzenie ściany klatki piersiowej i miąższu płuca: powietrze z oskrzeli — przez rozerwane płuco i opłucną — przedostaje się pod skórę. Odmę podskórną rozpoznajemy łatwo po charakterystycznym chrzęście przy ucisku na powłoki.

Odma opłucna powstaje przy uszkodzeniu płuca i opłucnej. Powietrze przedostające się przez ranę powoduje zapadanie się płuca. Groźną odmianą odmy tego rodzaju jest: o d m a z a s t a w k o w a: przy wdechu ssące działanie klatki piersiowej wciąga powietrze do jamy opłucnej, przy wydechu natomiast otwór zamyka się wskutek zapadnięcia się brzegów. Ciśnienie w jamie opłucnej narasta, wzmaga się ucisk na płuco i śródpiersie ulega przesunięciu.

Odma śródpiersia jest niewątpliwie najgroźniejsza, gdyż ucisk powietrza działa bezpośrednio na duże naczynia i serce.

Losy chorego rozstrzygają się zazwyczaj w ciągu kilku godzin. Duże uszkodzenie lub też przedłużające się odruchowe zahamowania czynności narządów niezbędnych dla życia szybko prowadzą do zejścia śmiertelnego.

Powikłania urazu w postaci odmy i krwotoku wymagają interwencji chirurgicznej, która jedynie może uratować ustrój.

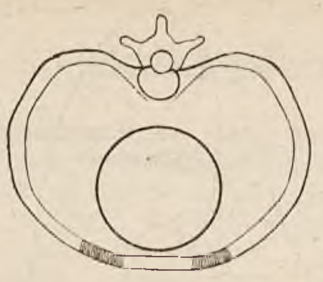
Późniejsze powikłania, spowodowane przez zakażenie i inne czynniki, nie należą już do chirurgii urazowej klatki piersiowej w ścisłym znaczeniu tego słowa.

URAZY ZAMKNIĘTE I OTWARTE

Ze względów praktycznych urazy klatki piersiowej dzielimy na zamknięte i otwarte. Przy wszelkim urazie może dojść do opisanych powikłań, lecz przebieg ich bywa nieraz zupełnie odmienny zależnie od tego, czy towarzyszy im zakażenie i przedostawanie się powietrza przez ranę.

Urazy zamknięte określamy według stopnia uszkodzenia.

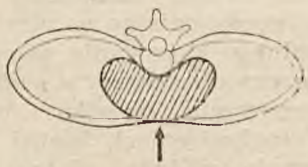
W s t r z ą ś n i e n i e m *(commotio)* nazywamy stan wywołany przez tępy uraz (upadek, uderzenie pięści, potrącenie). Nie ma tu uszkodzeń anatomicznych, uraz bowiem na drodze odruchowej spowodował tylko chwilowe zahamowanie lub upośledzenie czynności serca lub narządu oddechowego. Zaburzenia tętna lub oddechu daia obraz wstrząsu. Gdy stan wstrząsu trwa dłużej i istnieją w organizmie wady, które pogłębiają się w związku z zadziałaniem urazu, może nastąpić śmierć. Bardzo rzadko z powyższych przyczyn notujemy uszkodzenia organiczne w postaci uszkodzenia osierdzia, przedsionków, zastawek czy nawet komór (pęknięcia).

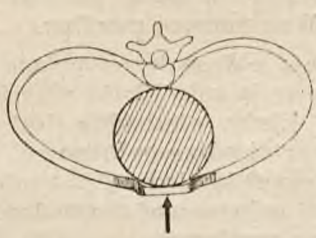


Ryc. 1. Schemat klatki piersiowej i zawartych w niej narządów.

Leczenie wstrząśnień polega na ułożeniu chorego na plecach z obniżoną głową oraz na podaniu koraminy dożylnie.

Z g n i e c e n i e *(compressio)* klatki piersiowej powstaje wskutek działania silnego, tępego urazu, jak to się zdarza np. w wypadkach komunikacyjnych, w razie przysypania, upadku z wysokości itp. Mechanizm tego urazu polega na gwałtownym zbliżeniu do siebie przeciwległych ścian klatki piersiowej i przygnieceniu narządów wewnętrznych. Dzięki elastyczności klatki piersiowej ściany jej mogą pozostać całe, mimo rozległych uszkodzeń w obrębie zgniecionych narządów. Szczególnie elastyczna jest klatka piersiowa dziecka.





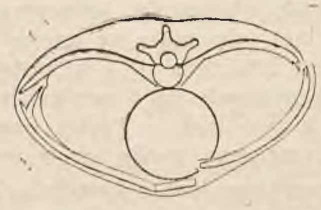
Ryc. 2. Kiedy uraz działa od przodu, przednia ściana klatki piersiowej ugina się, serce przesuwa się do tyłu, a duże naczynia ulegają przegięciu. Dochodzi do zastoju krążenia w obrębie głowy i kończyn górnych. Płuco ściska się łatwo i nie ulega uszkodzeniu, jeżeli zawarte w nim powietrze może swobodnie ujść drogami oddechowymi.

Ryc. 3. W razie gdy uraz działa silniej śródpiersie i serce ulega przygnieceniu do tylnej ściany. Dochodzi do uszkodzeń serca, dużych naczyń i oskrzeli. Odpływ powietrza jest zamknięty — płuco może ulec znacznym uszkodzeniom.

Na czoło obrazu klinicznego wysuwają się tu zmiany zastoinowe w krążeniu żyły próżnej górnej. Dopływy jej nie mają zastawek. Ucisk na główny pień żyły próżnej górnej powoduje cofanie się prądu krwi i zastój w naczyniach kończyn górnych, głowy i szyi. Sinica znacznego stopnia, wynaczynienia podspojówkowe i podskórne w obrębie głowy, szyi i kończyn górnych nadaje choremu wygląd bardzo groźny. Zgniecenia niezbyt ciężkie nie pozostawiają jednak trwałych śladów: po kilku tygodniach wynaczynienia znikają i chory wraca do zdrowia. Przypadki tego rodzaju wymagają starannej obserwacji szpitalnej dla wykrycia uszkodzeń w obrębie tkanki płucnej i serca.

Zgniecione tkanki mogły ulec zniszczeniu, którego rozmiarów nie jesteśmy w stanie przewidzieć ani rozpoznać.

Jeżeli płuco ulega zgnieceniu przy zamkniętej głośni — pęka; powstaje odma opłucnowa z wszelkimi możliwymi odmianami. W tkance opłucnej powstają ogniskowe uszkodzenia i krwiaki, objawiające się krwiopluciem, kaszlem i ulegające wtórnemu zakażeniu.



Ryc. 4. Przy tak znacznym zgnieceniu tylko bardzo elastyczna klatka piersiowa dziecka może pozostać cała, natomiast żebra dorosłego ulegają złamaniu. Końce odłamów rożdzierają opłucną i mogą przebić zarówno płuco, jak i powłoki zewnętrzne.

Działanie urazu na ścianę klatki piersiowej powoduje częstokroć złamanie żeber. Najlżejszą postacią obrażeń tego rodzaju jest uszkodzenie chrzęstnego odcinka żebra. Początkowe, minimalne objawy cofają się i dopiero po kilku dniach zjawiają się przy głębokim wdechu miejscowe bóle, stały ból w okolicy urazu i kaszel.

Pęknięcie kostnego odcinka żebra powoduje nieco większe dolegliwości, trwające około czterech tygodni. Silna bolesność miejscowa i bóle na wysokości złamania przy ugniataniu klatki piersiowej ułatwiają rozpoznanie i lokalizację złamania.

Złamanie żebra z przemieszczeniem odłamów prowadzi z reguły do uszkodzenia opłucnej, a nawet miąższu płucnego. Złamanie rozpoznajemy na podstawie silnego bólu, zahamowania oddechu, kaszlu (przy uszkodzeniu płuca widzimy krwioplucie) i tarcia opłucnego w miejscu urazu. Odma podskórna, opłucnowa i śródpiersiowa stanowią niewątpliwy dowód uszkodzenia opłucnej i płuca. Najcięższą postacią złamania żebra jest r o z k a w a ł k o w a n i e. Czasem pod wpływem urazu zdarza się złamanie mostku.

Urazy otwarte klatki piersiowej powodują zazwyczaj poważniejsze naruszenia oddychania i krążenia niż urazy zamknięte. Rokowa-

nie w tych razach jest z reguły mniej pomyślne. W tej grupie urazów na czoło wysuwają się uszkodzenia bojowe - postrzałowe. Obecność rany ułatwia tu do pewnego stopnia kwalifikację i rozpoznanie uszkodzeń wewnętrznych, szczególnie w wypadku przestrzału. Stosownie do przebiegu kanału przestrzałowego, staramy się ustalić, jakie narządy mogły ulec uszkodzeniu. Rana postrzałowa w obrębie pola środkowego, które odpowiada rzutowi serca i dużych naczyń, stwarza rokowanie bardzo poważne. Losy chorego rozstrzygają się szybko.

Bezpośrednie sąsiedztwo pola środkowego odpowiada strefie naczyń wnęki. Stąd możliwość silnych krwotoków i uszkodzeń dużych oskrzeli. Rany umiejscowione bardziej obwodowo dają rokowanie najpomyślniejsze.

Uszkodzenie samego serca prowadzi zazwyczaj do natychmiastowego zejścia śmiertelnego. Czasem jednak zdarza się, że ranny nie umiera natychmiast, ale rana w sercu powoduje niebezpieczny krwotok. Za krwotokiem przemawiają: pogarszanie się i zanikanie tętna oraz duszność i sinica szyi. Tylko szybka interwencja chirurgiczna może uratować chorego.

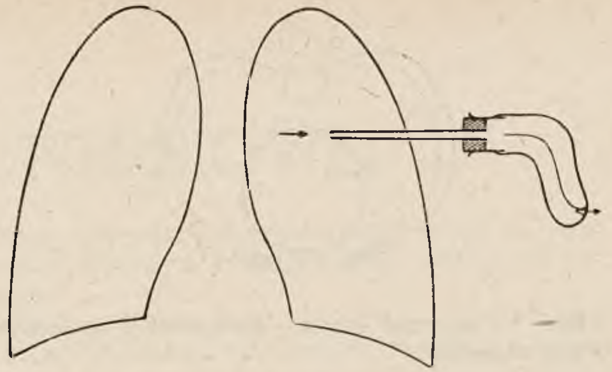
Równie poważne jest rokowanie w przypadku tworzenia się odmy śródpiersia, gdyż powietrze przedostając się tam z uszkodzonego oskrzela, wywiera ucisk na naczynia i serce i zajmuje przede wszystkim krążenie żylne w obrębie głowy i kończyn górnych. Sinica, obrzęk i charakterystyczne trzesienie podskórne w tej okolicy przy wyraźnym narastaniu niewydolności krążenia umożliwiają właściwe rozpoznanie.

Rany postrzałowe klatki piersiowej z małymi otworami należy bardzo uważnie obserwować, aby w porę uchwycić powikłania — krwotoki i odmę zastawkową. Jeśli takich powikłań nie ma, mamy prawo spodziewać się wygojenia bez interwencji chirurgicznej.

Rany szeroko otwarte wymagają bezwzględnie natychmiastowej pomocy chirurgicznej — wobec szerokiej komunikacji ze światem zewnętrznym — każdy ruch oddechowy powoduje wahadłowe przemieszczenia śródpiersia tam i z powrotem, a tym samym poważne zaburzenia czynności serca.

W warunkach prawidłowych przepona wpukla się dość głęboko do wnętrza klatki piersiowej, co sprawia, że znaczna część zranień postrzałowych narusza jednocześnie całość jamy opłucnej i jamy brzusznej. W tych przypadkach rokowanie staje się o wiele poważniejsze i chirurg staje wobec konieczności otwierania obu dużych jam ciała.

Rokowanie we wszelkich urazowych uszkodzeniach klatki piersiowej zależy od stopnia naruszenia czynności życiowych organizmu, od trafnego i szybkiego rozpoznania, oraz od odpowiedniej pomocy.



Ryc. 5. Przy odmie zastawkowej poprzez ścianę klatki piersiowej wkłuwamy grubą igłę, na której zewnętrznym końcu przymocowujemy szczelnie palec gumowej rękawiczki. Koniec tego palca nacinamy: powstaje wentyl, który uniemożliwia wsysanie powietrza do opłucnej.

LECZENIE

L e c z e n i e następstw urazu klatki piersiowej rozpoczyna się z zasady od opanowania wstrząsu. O t w a r t ą o d m ę zamyka się szczelnym opatrunkiem. B ó l zwalczamy za pomocą blokady nowokainowej w miejscu złamania żeber, a równocześnie z reguły wykonujemy blokadę wago-sympatyczną na szyi. Na złamane żebra, zakładamy opatrunek z przylepca, pozostawiając w nim otwory, celem ewentualnego stosowania dalszych blokad. Jeśli nie ma przeciwskazań, a zwłaszcza objawów zahamowania ośrodka oddechowego (w ciężkich uszkodzeniach klatki piersiowej, przybywających z dużą sinicą) — możemy zwalczać ból za pomocą morfiny.

Interwencja chirurgiczna polega na opracowaniu rany w ścianie klatki piersiowej przede wszystkim, kiedy niezbędne jest zamknięcie szeroko otwartej odmy opłucnowej. W razie odmy zastawkowej konieczne jest odprowadzenie z przestrzeni opłucnowej gromadzącego się tam w nadmiarze powietrza.

Najprostszy sposób polega na przekłuciu ściany klatki piersiowej dość grubą igłą, na końcu której improwizuje się wentyl z palca rękawiczki gumowej. Powietrze może wyjść z opłucnej, lecz przy ssącym działaniu klatki piersiowej wentyl uniemożliwia przedostawanie się powietrza atmosferycznego przez igłę.

Jak wynika z tego pobieżnego przedstawienia, los rannego w klatkę piersiową w znacznej mierze zależy od właściwego postępowania leczniczego, opartego na bacznej obserwacji całego przebiegu cierpienia. Znajomość grożących powikłań i ich objawów jest pielęgniarce konieczna, ona bowiem współpracuje z lekarzem, dostarczając mu obserwacji istotnych dla całokształtu obrazu chorobowego.

Józef Lenartowicz

Pielęgnowanie chorych po urazie klatki piersiowej

CHORY po urazie klatki piersiowej przede wszystkim odczuwa duszność na skutek niedostatku tlenu we krwi i tkankach. Duszność zwalczamy przez stworzenie warunków, zapewniających spokój i przez odpowiednie ułożenie chorego, a następnie przez chirurgiczne zaopatrzenie uszkodzenia klatki piersiowej i podtrzymywanie krążenia.

Uraz, rana przyczynia się do zmniejszenia pojemności oddechowej płuc. Ustrój stara się wyrównać braki przez przyśpieszenie rytmu oddechowego i pogłębienie oddechu. W tym celu ustrój mobilizuje dodatkowe mięśnie oddechowe. Objawem duszności jest przymusowa pozycja siedząca z oparciem dla kończyn górnych. Mięśnie twarzy, będące w warunkach normalnych mięśniami mimicznymi, zaczynają grać nową rolę, a mianowicie rozszerzać skrzydełka nosa, a mięśnie szyi i kończyn górnych starają się powiększyć objętość klatki piersiowej. Ból w miejscu złamania zmusza chorego do oszczędzania ruchów — głowny ciężar oddychania spada na przeponę i mięśnie brzucha.

Stwierdzenie tych objawów wskazuje na ciężki stan głodu tlenowego. W pielęgnowaniu staramy się ułatwić choremu oddychanie przez ułożenie go w pozycji półsiedzącej z mocnym oparciem dla kończyn górnych. Choremu należy pomagać przy wszelkiej przymusowej zmianie pozycji, np. dla odkaszlania. Każdy czynny ruch wzmaga zużycie tlenu, co zaraz zaznacza się wzmożeniem duszności. Ból w miejscu złamania zwalczamy przez zastosowanie blokady nowokainowej i przez założenie na klatkę piersiową opatrunku okrężnego. Kaszel ustępuje po podaniu kodeiny w dawkach 0,1—0,2. Morfina w małych dawkach również zwalcza kaszel i zmniejsza jednocześnie odczuwanie duszności. W razie dużej sinicy i przy złym tętnie — morfiny nie podajemy, ponieważ działa hamująco na ośrodek oddechowy.

Dla poprawienia stanu ogólnego stosujemy choremu tlen. Podajemy go za pomocą odpowiedniego worka napełnionego tlenem albo też specjalnym aparatem z maseczką, który umożliwia ścisłe dawkowanie (około 10 litrów na minutę).

LECZENIE

Przy otwartych zranieniach klatki piersiowej pierwszym zadaniem leczniczym jest jak najszybsze zamknięcie otworu. W tym celu nakładamy jałowy opatrunek, uszczelniony warstwą ceratki, gumy lub zwilżonego płótna. Szczelność tego opatrunku jest podstawowym warunkiem skuteczności leczenia przedoperacyjnego. Sama operacja ma na celu ostateczne zamknięcie rany.

Pourazowe zmiany w narządzie oddychania znacznie obciążają układ krążenia, który musi wyrównać braki zaopatrzenia ustroju w tlen przez wzmożenie krążenia krwi. Nadmierna praca wyczerpuje serce, wskutek czego musimy je bacznie obserwować, by każdej chwili orientować się co do stopnia wydolności krążenia. Ciągła dokładna kontrola tętna — liczenie, ocena napięcia i miarowości — stanowi główny obowiązek pielęgniarki. Osłabienie napięcia i zjawienie się niemiarowości stanowią sygnał, że stan chorego pogarsza się.

Przyczyną pogorszenia może być powikłanie ze strony narządu oddechowego, np. narastanie odmy zastawkowej, krwawienie do jamy opłucnej z uciskiem na płuco, względnie — krwotok i uszkodzenie w obrębie samego serca. Każde z tych powikłań wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej i trzeba o tym natychmiast sygnalizować lekarzowi.

W razie zjawienia się krwioplucia lub krwotoku płucnego należy przede wszystkim uspokoić chorego, a zdecydowanym i opanowanym postępowaniem zmusić go do zachowania absolutnego spokoju. Postępowanie lecznicze w tym wypadku polega na podawaniu 10% roztworu chlorku wapnia doustnie łyżkami (można również użyć soli kuchennej w tym samym stężeniu), domięśniowo zaś podajemy surowicę (np. przeciwtężcową lub inną), witaminę K, Coagulen, Clauden itp. Dożylnie można podać 10% **calcium chloratum** w ilości 10 — 20 ml. Bardzo skutecznie działa przetoczenie małej ilości krwi.

Upośledzenie przewietrzania płuc, zmiany zastoinowe i uszkodzenia miąższu płucnego prowadzą łatwo do rozwoju spraw zapalnych. Należy więc zapobiegawczo zawsze podawać sulfamidy i antybiotyki.

PIELĘGNOWANIE

Ciężki stan chorego — niezależnie od wymienionych przyczyn — wymaga bardzo starannego pielęgnowania, przestrzegania higieny osobistej i higieny pomieszczenia, ze szczególnym podkreśleniem konieczności dobrego wietrzenia pokoju.

DIETA

Należy dbać o lekką, wysoko kaloryczną dietę. W przypadku uszkodzenia płuca i grożącego niebezpieczeństwa krwawień nie wolno podawać gorących płynów.

Po ustąpieniu stanu ostrego należy dopilnować, by chory systematycznie uprawiał gimnastykę oddechową, która zapobiega rozmaitym przykrym powikłaniom.

TRANSPORT

Specjalny dział pielęgnowania rannych i chorych stanowi sprawa transportu. Zasadniczo kierujemy się stopniem duszności, starając się zapewnić choremu w czasie transportu jak najlepsze warunki oddychania. Dlatego zarówno na noszach jak i innych środkach transportowych rannego w klatkę piersiową układamy w pozycji półsiedzącej.

Przy otwartych zranieniach, a szczególnie przy szeroko otwartej odmie, należy zawsze najpierw założyć opatrunek. Takiego chorego transportujemy w pozycji leżącej na zranionym boku.

Z punktu widzenia segregacji na polu walki, rannym w klatkę piersiową z objawami odmy zastawkowej i krwotoku przysługuje pierwszeństwo ewakuacji i zabiegu operacyjnego.

Mając pod swoją opieką rannego w klatkę piersiową należy pamiętać, że pierwsze godziny, a nawet minuty decydują przeważnie o życiu i dalszym losie chorego. Należy dokładnie zdać sobie sprawę, że bezpośrednie niebezpieczeństwo stanowi zachwianie równowagi oddechowej, i że prosty opatrunek uszczelniający może tu uratować życie.

L. J.

WERONIKA LISOWSKA

Punkty sanitarne — w kopalniach

W niniejszym artykule omówimy rolę i zadania Punktów Sanitarnych znajdujących się przy wszystkich kopalniach węgla.

Kopalnianym Punktem Sanitarnym nazywamy najniższą jednostkę pomocy sanitarnej, która mieści się na dole kopalni w obrębie tzw. „przodków". Punkty te są zazwyczaj umieszczone w komorze oddziałowego sztygara i winny się stale posuwać w miarę przesuwania się punktów wykopu. Dla ułatwienia szybkiej orientacji w razie wypadku należy umieścić szereg wyraźnych strzałek i drogowskazów do punktu.

W razie wypadku udziela pierwszej pomocy poszkodowanemu przeszkolony współtowarzysz, dozorca lub oddziałowy sztygar. W następnym dopiero etapie szybko zjeżdża na dół zaalarmowana wypadkiem, lub awarią kolumna ratownicza.

WYPOSAŻENIE

Każdy górnik, niezależnie od materiałów opatrunkowych znajdujących się w apteczce I-szej pomocy, jest zaopatrzony w opatrunek indywidualny zawierający pakiet gazy sterylnej, bandaż i agrafki. Całość opatrunku jest zabezpieczona nieprzemakalnym opakowaniem.

W komorze oddziałowego sztygara znajduje się materiał do pierwszych opatrunków:

1. dobre nosze z pasami na ramiona	1 para
2. koce	2
3. szczelna skrzynka z opatrunkami zawierająca:	
a. gotowe pakiety opatrunkowe duże	4
b. gotowe pakiety opatrunkowe średnie	6
c. gotowe pakiety opatrunkowe małe	10
d. wata	500 g
e. opaski wąskie	5
f. „ średnie	5
g. „ szerokie	5
h. chustki trójkątne	5
i. opaski Esmarcha	2
j. skórkowe ochraniacze na palce	10
k. agrafki	15
4. szyny heblowane z desek 45 cm × 5	2
szyny heblowane z desek 100 cm × 8 × 0,5	2
szyny heblowane z desek 165 cm × 8 × 0,5	2
5. szyna Volkmanna długa	1

Materiał powyższy powinien być zabezpieczony przed wilgocią, pyłem i kradzieżą. W komorze powinna znajdować się książka materiałowa, rejestrująca wydany materiał opatrunkowy. W miarę zużycia zapas musi być stale uzupełniany. Materiał opatrunkowy winien być kontrolowany przez organa miejscowe i nadrzędne.

Odpowiedzialność za kompletny i należyty stan powyższych materiałów w punktach sanitarnych pod ziemią ponosi sztygar oddziału, lub wyznaczony przez nadzór techniczny inny pracownik.

Pielęgniarka zatrudniona w Izbie Chorych, przychodni przykopalnianej jest obowiązana co pewien określony czas zjeżdżać do „przodków", aby skontrolować racjonalne umieszczenie punktów sanitarnych, ich wyposażenie, racjonalny sposób przechowywania środków opatrunkowych.

Niemniej ważnym czynnikiem przy takiej kontroli jest oddziaływanie psychiczne na zespoły pracowników dołowych, którzy powinni odczuwać wyraźną troskę zespołu sanitarnego o ich bezpieczeństwo. Wizyta pielęgniarska przyczynia się również i do nawiązania ściślejszego kontaktu z załogą, która zazwyczaj ceni wnikliwą i inteligentną pracę pielęgniarki.

KOLUMNY RATOWNICZE

Do niesienia pierwszej pomocy przy wypadkach masowych w kopalni powołane są przede wszystkim tzw. kolumny ratownicze. W myśl obowiązujących przepisów bezpieczeństwa wszystkie kopalnie są obowiązane utrzymywać w pogotowiu grupy ludzi przeszkolonych w obchodzeniu się z górniczymi aparatami oddechowymi oraz w udzielaniu pierwszej pomocy. Liczba osób przeszkolonych jest zależna od liczebności załogi i jest uregulowana wyżej wspomnianymi przepisami.

Pracownicy wchodzący w skład kolumn ratowniczych nie powinni przekraczać wieku lat 40, powinni być zdrowi i w pełni sił oraz muszą dokładnie znać wszelkie prace wchodzące w zakres górnictwa, a więc pracę: rębaczy kopalnianych, cieśli górniczych, ślusarzy, elektryków i dozorców dołowych. Ratownicy muszą mieć wyostrzone zmysły, którymi górnik posługuje się bezwiednie przy pracy, a więc: dobrze widzieć przy świetle dziennym i sztucznym — przytłumionym, dobrze słyszeć i posiadać dobry węch. W kopalni, gdzie trzeba posługiwać się ustnikami przy roboczych aparatach oddechowych ratownicy muszą posiadać zdrowe zęby przednie, oraz zgolone brody. Ratownikami mogą być jedynie ludzie dzielni, rozważni, posiadający szybką orientację, raczej flegmatyczni niż zapalczywi, wytrwali w swej energii. Fizycznie muszą być wolni od chorób płuc, serca, tarczycy, przewodu pokarmowego, chorób nerwów. Nerwowi i wrażliwi, a przede wszystkim — pijacy muszą być z góry wykluczeni. Ludzie ci pownni umieć słuchać rozkazu i okazywać zamiłowanie do tej trudnej i odpowiedzialnej pracy, jaką jest ratownictwo górnicze. Ratownicy muszą być corocznie poddawani sumiennym badaniom lekarskim.

Ratowników kopalnia dobiera zazwyczaj spośród ludzi mieszkających w pobliżu kopalni, ich adresy powinny być umieszczone na widocznym miejscu w stacji ratowniczej kopalni i ambulatorium.

Kolumny Ratownicze są stale szkolone według ściśle określonego programu, co pewien zaś czas przeszkalane dodatkowo w kopalniach: w Rozbarku, Mikołowie i Sosnowcu. Niezależnie od omawianego szkolenia, ratownicy odbywają ćwiczenia w kopalniach, w nagrzanych i zadymnionych komorach gazowych oraz na terenie własnej kopalni pod ziemią, gdzie ćwiczą się w przybywaniu na alarm, wynoszeniu zatrutych, stosowaniu sztucznego oddychania i niesieniu pierwszej pomocy przy ciężkich urazach.

Ćwiczenia te muszą odbywać się pod kierownictwem instruktorów zatrudnionych przez Urząd Górniczy.

*
* *

Rola pielęgniarki na tym odcinku pracy, jak widzimy, polega na stałym kontakcie z drużynami ratowniczymi, na ścisłej współpracy z nimi na powierzchni, kontroli Punktów Dołowych oraz na jej udziale w szkoleniu Ratowników Sanitarnych.

Weronika Lisowska

Koresponденci piszą

ZE STALINOGRODU



Zarząd Oddziału Wojewódzkiego PCK w Stalinogrodzie zorganizował w dniach 23, 24 i 25.V.53 r. przy Ośrodku Szkolenia Pielęgniarek PCK w Bielsku odprawę roboczą dla dyrektorek Ośrodka Szkolenia Pielęgniarek PCK, instr. wych. społ. pielęgniarstwa zatrudnionych w Ośrodkach województwa stalinogrodzkiego.

Odprawa poświęcona była: wymianie doświadczeń z dotychczasowej pracy szkoleniowej, zagadnieniu udoskonalenia metod pracy i podniesienia poziomu personelu pielęgniarskiego zarówno pod względem ideologicznym jak i zawodowym.

Na zdjęciu: zespół dyrektorek i instruktorek szkół PCK województwa stalinogrodzkiego, z przewodniczącą obradom, st. instruktorką szkolenia zawodowego, kol. Klementyną Krzywicką (siedzi trzecia od prawej).

...z WARSZAWY

W dniu 2 czerwca br. odbyła się w Wydziale Zdrowia Prezydium SRN, odprawa dla przełożonych pielęgniarek zakładów lecznictwa zamkniętego, na której były obecne przełożone w liczbie około 20. Odprawy takie odbywają się dwa razy do roku.

Słowo wstępne wygłosił Naczelnik Wydziału Zdrowia **dr Pacho,** omawiając pokrótce 2 zagadnienia: walkę z biegunkami niemowlęcymi i odżywianie chorych w szpitalu. Oba te zagadnienia stanowiły treść wygłoszonych w następujących punktach porządku dziennego referatów. Walka ze schorzeniami przewodu pokarmowego niemowląt i dzieci w okresie letnim, dającym dużą śmiertelność to ważne zagadnienie. Pomyślny wynik tej walki w dużej mierze zależy od właściwego i troskliwego pielęgnowania.

Następne zagadnienie — to sprawa odżywiania chorych w szpitalu. Najlepiej zestawione i przyrządzone w kuchni posiłki tracą swą wartość jeśli są zimne, podobnie nieapetycznie i nieestetycznie. Nadzór nad odżywieniem należy do pielęgniarek oddziałowych i odcinkowych a pośrednio i do przełożonych, które na tę pracę pielęgniarek powinny zwrócić szczególną uwagę.

Następnie zabrał głos dr **Hanecki,** naświetlił on międzynarodową sytuację polityczną, omawiając ostatnie wydarzenia.

Po krótkiej przerwie kol. **Siwicka,** przełożona Szpitala Miejskiego Nr 4, w referacie o biegunkach niemowlęcych przedstawia ich etiologię i przebieg kliniczny oraz ostatnio stosowane metody leczenia.

Po referacie wywiązała się dyskusja, w której m. in. kol. **Gellerowa** przełożona Szpitala Miejskiego na Solcu, zwróciła uwagę, że poradnie „K" nie uświadamiają należycie matek o konieczności hartowania piersi, a zwłaszcza brodawek, czego następstwem są zapalenia gruczołów piersiowych, cierpienie przykre i bolesne dla matki, a wyrządzające nieobliczalne szkody niemowlętom, pozbawiając je naturalnego pokarmu, co w okresie letnim sprzyja zapadaniu na biegunki. Drugą ważną sprawą, którą poruszyła kol. **Gellerowa** jest zbieranie pokarmu dla matek, mających go w nadmiarze, w celu przekazywania go do „Laktarium". Należy pouczyć i przekonać matki, że pozostawianie pokarmu w piersi na następne karmienie jest szkodliwe, opróżnienie bowiem piersi do końca wpływa dodatnio na produkowanie pokarmu świeżego. Przeciętny oddział położniczy może zebrać do 2 litrów mleka dziennie.

Prof. **Groer** w referacie na temat: odżywianie chorego w szpitalu, omówił pokrótce zasady zbiorowego żywienia. Mówił on o dietetyce jako naukowym kierowaniu odżywianiem, uwzględniającym wartość energetyczną i kaloryczną pożywienia oraz jego skład. Dawniej pod słowem dieta rozumiano głodówkę, ewentualnie ilościowe i jakościowe ograniczenie pokarmów. Dzisiaj przez dietę rozumiemy odpowiedni co do jakości i ilości d o b ó r pokarmów, dlatego też ważne jest również p o r c j o w a n i e pokarmów, które wyraźnie musi być wskazane przy każdej diecie. Nie należy też zapominać o innej podstawowej zasadzie odżywiania tj. koncentracji pożywienia (stosunku wody do wartości energetycznej).

Drugą część odprawy wypełniły sprawozdania przełożonych z kilku szpitali, po których nastąpiła ożywiona dyskusja.

Wszystkie przełożone skarżyły się na brak etatów pielęgniarskich. Urlopy wypoczynkowe oraz macierzyńskie stawiają szpitale nieraz w bardzo trudnej sytuacji kadrowej. Tak np. nie zawsze można wysłać na kurs wojewódzki młodsze pielęgniarki, gdyż pozostałe, nieliczne pielęgniarki nie mogłyby należycie obsłużyć chorych.

Szkolenie zawodowe dla młodszych pielęgniarek jest prowadzone we wszystkich większych szpitalach Warszawy, ale na ogół młodsze pielęgniarki uczęszczają na szkolenie niechętnie. Tak np. w Szpitalu Zakaźnym Nr 1 frekwencja na kursie wynosi zaledwie 60%.

Przesuwanie przyuczonych pielęgniarek z jednego oddziału na drugi napotyka na duże trudności ze strony ordynatorów, zmiana bowiem pociąga za sobą ponowne szkolenie świeżo przydzielonej młodszej pielęgniarki. W innych szpitalach, na oddziałach zakaźnych z dodatkiem 40% — pielęgniarki wręcz odmawiają przesunięcia ich na oddziały bez dodatku 40%, pomimo że zdają sobie sprawę, iż przez to nie mogą liczyć na przesunięcie ich do wyższej grupy. Są to wszystko sprawy, z którymi przełożone toczą walkę codzienną i wyczerpującą, nie zawsze jednak skuteczną.

Kol. **Gellerowa,** przełożona Szpitala na Solcu, omówiła wyniki wprowadzonego w Szpitalu „pawłowizmu dnia codziennego". Przed rozpoczęciem tej akcji powołano komisję celem opracowania zasad pracy pielęgniarskiej. Obecnie, badanie chorych odbywa się nie na sali ogólnej, lecz w gabinecie; wprowadzono także m. in. obowiązkową godzinę ciszy po obiedzie,

Zapoczątkowano ciekawy eksperyment zapraszania pacjentów na narady produkcyjne personelu szpitala. Dało to ciekawe wyniki: chorzy wysunęli szereg słusznych wniosków, m. in. dotyczących współpracy i samopomocy chorych wobec braku pielęgniarek, zwiększenia przelotności Szpitala. Pacjenci wykazali duże zainteresowanie tymi naradami, przenosząc ich treść na oddziały szpitalne.

W Zakaźnym Szpitalu Nr 3 przy ul. Siennej, który jest jeszcze w stanie odbudowy, przeszkolono część pielęgniarek w dziale epidemiologicznym, w wykonywaniu specjalnych zabiegów (jak np. kocowanie) oraz w postępowaniu z „żelaznymi płucami".

Na zakończenie obrad kol. **Gorlińska,** instruktorka Wydz. Zdrowia, zawiadomiła przełożone, że pod koniec br. nowe absolwentki, które opuszczą szkoły pielęgniarstwa, zapełnią vacaty pielęgniarskie.

J. S.

...z GDAŃSKA w czerwcu

Na terenie województwa gdańskiego sprawa szkolenia zawodowo - ideologicznego absolwentek kursów PCK nie przedstawia się jak najpomyślniej. Tak więc dla przykładu **w szpitalu Powiatowym Lemborku szkolenie** w ogóle się nie odbywa a to naskutek braku frekwencji na wykładach. Równie niepomyślnie przedstawia się w tym szpitalu sprawa **przesuwania** pielęgniarek z oddziału na oddział. Na szczególne opory zagadnienie to napotyka na oddziale pediatrycznym.

Podobnie niepomyślnie przedstawia się sprawa przesuwania pielęgniarek z oddziału na oddział w **Szpitalu Miejskim w Gdyni.** W Szpitalu tym wprawdzie odbywa się teoretyczne szkolenie młodszych pielęgniarek, nie może ono jednak dać dobrych rezul-

tatów wobec trudności w nauce praktycznej.

Natomiast trzeba podkreślić dobrą pracę szkoleniową takich placówek jak: **Szpital Powiatowy w Kwidzyniu** i **Szpital Powiatowy w Elblągu**. W Elblągu na poprawę sytuacji na odcinku szkolenia młodszych pielęgniarek wpłynęła zapewnie poprawa ich warunków bytowo - mieszkaniowych, których poziom ma zazwyczaj poważny wpływ na udział młodszych pielęgniarek w szkoleniu. Rok temu jeszcze młodsze pielęgniarki w Szpitalu elbląskim, nie mając uregulowanej sprawy mieszkaniowej — tłumaczyły swą nieobecność na wykładach trudnościami związanymi z dojazdem do miejsca pracy. Sprawa ta została przy pomocy Zarządu Głównego PCK, który inspekcyjonował wówczas ten teren, uregulowana pomyślnie.

Poważnym niedociągnięciem ze strony władz wojewódzkich służby zdrowia jest f a k t p r z e t r z y m y w a n i a m ł o d s z y c h p i e l ę g n i a r e k w l e c z n i c t w i e o t w a r t y m n i e r a z p o 2 l a t a. Tego rodzaju polityka kadrowa, nieraz za nieopatrzną zgodą i aprobatą tychże absolwentek, hamuje dopływ dobrego elementu pielęgniarskiego do należytego im awansu.

Wydaję się, że rzeczą związków zawodowych przede wszystkim, a następnie władz administracyjnych jest systematyczne i cierpliwe uświadamianie absolwentek kursów PCK o korzyściach dalszego awansu i warunkach, jakie muszą być spełniane przy kwalifikowaniu do państwowych egzaminów pielęgniarskich. Niejdnokrotnie spotykane, a z gruntu mylne, przeświadczenie młodszych pielęgniarek, że awansować mogą po upływie 3 lat pracy w służbie zdrowia — obojętnie w jakim lecznictwie — prowadzi do wypaczenia pojęcia awansu, który nie jest i nie może być rezultatem przepracowania pewnego okresu czasu, lecz rezultatem zdobytej w tym czasie wiedzy zarówno teoretycznej i praktycznej. Trudno bowiem wyobrazić sobie, żeby dyplomowana pielęgniarka nie znała pracy przy obłożnie chorym, a jedyne jej wiadomości stanowiła praca ambulatoryjna, kartoteka i wywiad terenowy, podobnie zresztą jak i w wypadku odwrotnym.

Należałoby poruszyć jeszcze jedno zagadnienie związane z awansem pielęgniarskim, a mianowicie: brak troski o jak najszybsze kierowanie do egzaminów p r z y g o t o w a n y c h już młodszych pielęgniarek. Zdarzają się na terenie województwa gdańskiego wypadki, gdy młodsze pielęgniarki, mające już za sobą zarówno przeszkolenie teoretyczne jak i praktyczne — nie są kierowane na komisje kwalifikacyjne do egzaminu państwowego, a to naskutek kłopotów z zastępstwem na ich miejsce. Dobrze rozplanowana i sprawna praca kadrowa winna zapobiec tego rodzaju wypadkom, poważnym bowiem zadaniem tej pracy powinna być właśnie dbałość o szkolenie i awansowanie pracowników, którzy na to zasługują, a tym samym wychowanie n o w y c h k a d r.

✦

W Klinikach i P. S. K. **Gdańskiej Akademii Medycznej pracuje** łącznie 422 pielęgniarki. W tym 185 pielęgniarek dyplomowanych oraz 237 pielęgniarek młodszych i przyuczonych, przy czym młodsze pielęgniarki stanowią połowę tej liczby.

Dla pielęgniarek dyplomowanych zorganizowano w 1952 r. 1 kurs ideologiczny, poza tym zaś szkolą się one jedynie na odprawach z adiunktami klinik oraz w czasie wspólnych raportów pielęgniarskich. Dla młodszych pielęgniarek zorganizowano dwa równoległe kursy wyłączając okres urlopów. Frekwencja jednak na tych kursach jest niska. W roku 1952 wynosiła zaledwie do 70%.

Rozpatrując warunki bytowe pielęgniarek w Akademii Medycznej w Gdańsku należy przede wszystkim podkreślić, że Akademia powinna doczekać się rozwiązania k w e s t i i m i e s z k a n i o w e j dla swego personelu pielęgniarskiego. Obecnie, pielęgniarki zatrudnione w Akademii mieszkają częściowo przy poszczególnych klinikach, częściowe w małym „hoteliku" Akademii (21 osób), w większości jednak mieszkają w Trójmieście, dojeżdżając do pracy nieraz z daleka. Wszelkie starania naczelnej przełożonej Akademii, kol. Muszyńskiej, nie dają pożądanych wyników, sprawa bowiem mieszkań pielęgniarskich, czy też Domu Pielęgniarki na wzór Hotelu Robotniczego, nie znajduje zrozumienia w komisji mieszkaniowej przy PWRN, a proponowane przez tę komisję mieszkania dla zatrudnionych w Akademii pielęgniarek to... bądź suteryny, bądź strychy. Ciasnota zaś pomieszczeń Akademii (gdzie nawet przełożona — do której obowiązków należą nocne inspekcje i której obecność na terenie Akademii jest niemal stale pożądana — nie ma tu mieszkania i dojeżdża z Wrzeszcza) — nie pozwala na lokowanie nowo przybywających pielęgniarek. A w Akademii są vacaty...

Drugą bolączką zatrudnionego w Akademii Medycznej personelu pielęgniarskiego jest sprawa w y ż y w i e n i a. Pielęgniarki nie mogą tu korzystać z całodziennego wyżywienia, jadają jedynie obiady, a śniadania i kolacje muszą kupować w mieście, nie zawsze mając gdzie je sobie przyrządzić. Strata czasu na dojazdy i zakupy, przy jednoczesnym dużym nasileniu pracy pielęgniarskiej odbija się poważnie na szkoleniu, ułatwia bowiem tłumaczenie z nieobecności na wykładach.

Doskonałym rozwiązaniem dla Akademii Medycznej byłby Dom Pielęgniarki na 200 — 300 osób oraz pełne wyżywienie przy klinikach. Roztrzygnęło by to w najidealniejszy sposób wszelkie niodociągnięcia w warunkach bytowych pielęgniarek, a tym samym przyczyniło by się do usprawnienia ich pracy oraz systematycznego szkolenia.

Przełożona pielęgniarek Akademii Medycznej, kol. Muszyńska wspomina o konieczności wyposażenia pielęgniarek w ubrania robocze — płócienne sukienki pod fartuchy — własne bowiem suknie, niejednokrotnie niedostosowane do częstego prania, urągają zarówno higienie osobistej pielęgniarki jak i higienie otoczenia.

Mówiąc o ubraniu pielęgniarki, należy zwrócić uwagę na powszechny w Akademii zwyczaj noszenia przez pielęgniarki przydługich, rozwianych włosów, zakrywanych czepkiem tylko na czubku głowy. Zwyczaj ten powinien bezpowrotnie zniknąć, bowiem nieestetyczny wygląd pielęgniarek idzie tu w parze z łamaniem higienicznych przepisów pracy pielęgniarskiej.

Poziom pracy zarówno pielęgniarek dyplomowanych, młodszych jak i przyuczonych jest tu dobry; poza wyjątkami wyróżniają się one pracowitością i obowiązkowością, a współpraca pomiędzy tymi trzema grupami pielęgniarek

jest naogół dobra i serdeczna. Jak informuje nas jedna z pielęgniarek dyplomowanych: „z początku młodsze obrażają się o nasze uwagi, ale ponieważ są pełne zapału do pracy, szybko im to obrażanie przechodzi i żyjemy w przyjaźni".

✦

Przytoczone na wstępie trudności bytowe pielęgrek Akademii Medycznej, które powinny być wspólnymi siłami administracji Związku Zawodowego i czynników społecznych — usunięte, nie powinny i nie mogą w żadnym wypadku wpływać na poziom szkolenia młodszych pielęgniarek, a nadużywanie ich jako okoliczności tłumaczących nieobecność na wykładzie świadczy o niewłaściwej postawie społecznej. Obowiązkowe, pragnące awansować, ambitne jednostki uczęszczają na szkolenie, mimo niejednokrotnie trudnych warunków mieszkaniowych. Pielęgniarki te słusznie rozumują, że p o p i e r w s z e: awansując — polepszają sobie między innymi i warunki bytowe, p o d r u g i e zaś: można i należy walczyć o lepsze jednak trudne powojenne warunki mieszkaniowe w Polsce — nie mogą wpływać ujemnie na dokształcanie się, które szczególnie dla pielęgniarek młodszych winno stanowić najważniejsze zagadnienie w ciągu 2 — 3 lat po ukończeniu kursu.

Wydaje się, że należało by wobec zdecydowanie opornych w szkoleniu pielęgniarek zastosować pewne rygory porządkowe. Tak więc określona liczba opuszczonych wykładów bez dostatecznego usprawiedliwienia powinna decydować o zdyskwalifikowaniu danej pielęgniarki, jako nie dążącej do awansu, co powinno następnie znaleść wyraz zarówno w jej „książce przebiegu szkolenia", jak i w opinii kierowanej do Wydziału Zdrowia.

Przykładem ambitnych jednostek, które szybko, drogą wzorowej pracy i nauki zdobyły awans mogą być, dawne młodsze, a dziś już dyplomowane pielęgniarki: kol. kol. **Wróbel** i **Prabucka** — doskonałe instrumentariuszki pracujące dziś na sali operacyjnej A. M., kol. **Wysoczarska** także po kursie instrumentariuszek PCK oraz kol.: **Markiewicz Marianna** po pielęgniarskim egzaminie państwowym i po tym samym egzaminie, awansowana kolejno z salowej na młodszą a następnie na dyplomowaną, kol. **Niemcow Janina** — obie bardzo dobrze dziś pracujące koleżanki.

Analizując pracę poszczególnych młodszych pielęgniarek na różnych oddziałach warto przytoczyć trochę nazwisk zarówno i tych koleżanek, które swą pracą zasłużyły na uznanie władz Akademii jak i tych, które zasłużyły na opinię ujemną.

Tak więc na I Klinice Wewnętrznej Państwowego Szpitala Wewnętrznego **chlubnie wyróżniły** się swą pracą między innymi kol. kol.: **Teresa Walkowska** i **Czesława Jędras;** na II Klinice Wewnętrznej PSP kol. kol.: **Regina Kindel** i **Maria Michalska** (pielęgniarki przyuczone),

na Oddziale Chirurgicznym PSP — ortopedia i dziecięcy — kol. kol.: **Agnieszka Warmowska** i **Jadwiga Wojciechowska;**

natomiast na Klinice Chorób Nerwowych A. M. została zwolniona dyscyplinarnie za **złe spełnianie swych obowiązków,** spanie w czasie dyżurów, lenistwo i niewłaściwą postawę pielęgniarską — pielęgniarka **Helena Czaplewska;**

podobnie, na Klinice Chorób Zakaźnych kol. **Helena Radomska,** młodsza pielęgniarka po kursie pediatrycznym. Wydziału Zdrowia, winna zwrócić uwagę na swą pracę i właściwą postawę, w przeciwnym bowiem razie nie będzie mogła pozostać w łobrym naogół, kolektywie swych koleżanek;

na tej samej Klinice Chorób Zakaźnych dobrą **pracą wyróżniają się** kol. kol.: **Emilia Kukjan, Józefa Poznańska** oraz **Lilianna Brodniewicz** i **Małgorzata Ludwichowska** (obie pielęgniarki przyuczone);

na Klinice Położniczej **bardzo dobrze pracują** kol. kol.: **Janina Bekter, Janina Rytel, Stefania Wojciechowska, Maria Samulek, Felicja Swędzińska, Longina Dudek** i pielęgniarka przyuczona kol. **Elżbieta Styn;**

na swą postawę pielęgniarską, noszenie munduru i uczesanie powinna szczególną uwagę zwrócić kol. **Zofia Pielecka** z Kliniki Ocznej.

Na uznanie i wyróżnienie zasługują dalej m. in.:

na Klinice Stomatologicznej kol. **Zofia Biernat;**

na Klinice Chorób Nerwowych kol. kol.: **Helena Hetman** i **Genowefa Grześkowska;**

na Oddziale Rehabilitacji kol. **Anna Żuber,** specjalnie czynnie udzielająca się także i w pracy społecznej;

na Klinice Onkologicznej kol. **Irena Stanisławek;**

na Klinice Chirurgicznej kol. kol.: **Regina Budzyńska** i **Halina Bazylewska;**

na Klinice Laryngologicznej kol. **Irena Kozieradzka.**

Nie wymieniliśmy tu wszystkich zasługujących na wyróżnienie koleżanek — młodszych pielęgniarek, jest ich bowiem pokaźna liczba.

Trzeba jeszcze dodać, że spośród pielęgniarek dyplomowanych, których praca zawodowa pozostaje na d o b r y m, w y r ó w n a n y m p o z i o m i e — specjalnie postawą społeczną wyróżniają się na terenie Akademii Medycznej kol. kol.: **Aleksandra Bagieńska,** biorąca czynny udział w pracach Frontu Narodowego, **Michalina Wróbel,** pielęgniarka instrumentariuszka oraz **Anna Śląska.**

Przełożona pielęgniarek Akademii Medycznej, kol. Muszyńska, aczkolwiek może nieco szorstka z jednej strony, a nazbyt miękkiego serca z drugiej, posiada jako przełożona jedną wyczuwalną od pierwszej chwili ogromną zaletę: głęboką troskę o warunki bytowe i szkolenie swego personelu. Zapał z jakim mówi o projektowanych zmianach na lepsze oraz obiektywna ocena sytuacji obecnej — świadczą o jej serdecznym stosunku do zagadnień pielęgniarskich na terenie Akademii. Stałą jej troską jest zbyt mała liczba personelu pielęgniarskiego, utrudniająca właściwe rozwiązywanie zagadnień kadrowych na poszczególnych oddziałach, nieobsadzone bowiem etaty w połączeniu z urlopami szkoleniowymi, wypoczynkowymi, zdrowotnymi oraz macierzyńskimi — powodują stan wiecznego braku personelu pielęgniarskiego na oddziałach. Świadczą o tym ciągle telefony brzęczące na biurku przełożonej i jej zakłopotane odpowiedzi: „nie mogę wam nikogo przysłać", „musicie sami sobie poradzić", „wytrzymajcie jeszcze do 1-go"...

A wolne etaty są, i gdy nawet znajdą się kandydatki, absolwentki wkrótce kończących się szkół — o ile nie przedsięweźmie się odpowiednich kroków w celu zapewnienia im mieszkań — nie będą mogły być zatrudnione.

Sprawami bytowo-mieszkaniowymi pielęgniarek Akademii Medycznej w Gdańsku winny zająć się odpowiednie czynniki.

B. S.

PRZEGLĄD PRASY

PRZEGLĄD LEKARSKI Nr 4

PROF. DR W. MIKUŁOWSKI

Przyczyny i mechanizm powstwania przewlekłych zaburzeń w odżywianiu niemowląt.

Ustrój niemowlęcia jest bardzo wrażliwy na wszelkie zachwianie równowagi fizjologicznej czy biologicznej i z łatwością reaguje zahamowaniem wagi i wzrostu, a więc zaburzeniem odżywiania całego ustroju. Te zachwiania równowagi mogą być ostre i przewlekłe, oba rodzaje jednak powodują spadek wagi, który może wynosić do 100 g dziennie. Przyczyny zaburzeń bywają zazwyczaj łatwo uchwytne, często natomiast przeciwnie — skomplikowane i trudne do ustalenia. Przyczyną dystrofii mogą być błędy w zarkesie odżywiania niemowląt oraz zakażenia bakteryjne. Zarówno niedobór mleka, jak i jego nadmiar oraz niedostatek węglowodanów doprowadzić mogą do awitaminozy, co pociąga za sobą obniżenie odporności na zakażenia. W mechanizmie zaburzeń odżywiania ważne znaczenie mają zaburzenia przemiany materii, tj. zespół kwasicy i odwodnienie.

POŁOŻNA Nr 3/53

Doc. Dr J. LESIŃSKI

O porodach bezbolesnych

Wiele tysięcy lat przed naszą erą w Chinach, Egipcie i Grecji stosowano już wyciągi roślinne mające uśmierzać bóle porodowe. W wiekach późniejszych przez bardzo długi czas nie wynaleziono skutecznych metod usuwania bólów porodowych. Przed 100 laty po raz pierwszy w tym celu zastosowano znieczulenie chloroformowe. Dotychczas jednak nie ma środka farmaceutycznego, który by wpływając znieczulająco na bóle porodowe, nie wywierał równocześnie niekorzystnego wpływu na samą czynność porodową i bezpieczeństwo płodu. Obecnie wraz z poszukiwaniem środków znieczulających, medycyna czyni próby zwalczania bólów porodowych drogą sugestii i hipnozy rozumiejąc przez sugestie: słowny odruch warunkowy człowieka. Nie wszystkie kobiety jednakowo odczuwają bolesność porodu: 7 — 14% kobiet w ogóle nie odczuwają bólu porodowego, a tylko kobiety o słabym typie systemu nerwowego, nadmiernie wrażliwe mają niski próg odczuwania i w istocie bardzo cierpią. Podstawą p s y c h o p r o f i l a k t y c z n e g o przygotowania kobiet do bezbolesnych porodów jest wytworzenie korzystnego tła — harmonijnych stosunków korowo-podkorowych — za pomocą słownej sugestii. Przygotowanie takie powinno zacząć się od drugiej połowy ciąży; polega ono na pouczeniu kobiety o fizjologicznym przebiegu ciąży, aby wyłączyć strach przed porodem. Zamierzoną bezbolesność osiąga się u 80% kobiet dobrze przygotowanych tym sposobem.

POŁOŻNA Nr 5/53

DR K. JERZYKOWSKA - KULESZYNA

O zakażeniu płodu i noworodka

Zakażenie płodu kiłą i malarią może nastąpić w czasie ciąży i porodu. Zakażenia przez pępowinę są ciężkie i niebezpieczne. W czasie porodu może nastąpić zakażenie rzeżączkowe. Dla noworodków niebezpieczne jest zakażenie gruźlicą i dlatego przy pielęgnowaniu noworodków zaleca się przestrzeganie wielkiej czystości i zakładanie masek ochronnych na usta i nos.

Dr T. ZLATKES

Ciąża a stan uzębienia

W okresie ciąży często występuje wzmożona próchnica zębów. Przyczyny tego należy doszukiwać się przede wszystkim w wadliwym odżywianiu kobiet w okresie ciąży. Płód pod koniec ciąży zużywa dziennie około pół grama wapnia, a człowiek dorosły potrzebuje go około 1 grama. Stąd wynika, że w ciąży zapotrzebowanie na wapń jest zwiększone. Dostarczenie w pokarmach potrzebnej ilości wapnia uchroni ciężarną od objawów jego niedoboru.

KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

ALEKSANDER DAWIDOWICZ

Stan przedśpiączkowy i śpiczka cukrzycowa

Oba powyżej wymienione stany chorobowe są groźnym powikłaniem cukrzycy, na skutek zatrucia organizmu ciałami ketonowymi. Jeżeli pożywienie chorego nie zawiera dostatecznej ilości węglowodanów, spalanie tłuszczu i białek odbywa się nie całkowicie i powstaje większa ilość ciał ketonowych, powodujących zakwaszenie organizmu, które klinicznie objawią się pod postacią stanu przedśpiączkowego lub śpiączki cukrzycowej. Podanie insuliny podskórnie i bezpośrednio potem domięśniowo cukru gronowego, przerywa zazwyczaj stan przedśpiączkowy i groźne objawy zakwaszenia ustępują. W przypadku absolutnego braku insuliny można podać doustnie czyste węglowodany w postaci miodu lub cukru. Przejście chorego ze stanu przedśpiączkowego w stan śpiączki cukrzycowej objawia się stopniową utratą przytomności. W tym stanie należy dostarczyć dużą ilość cukru gronowego oraz insuliny. Szczególną uwagę należy tu zwrócić na układ krążenia oraz zastosować płukanie żołądka w celu usunięcia związków trujących. Omawiane powikłania cukrzycy są z reguły powodowane ujemnym bilansem węglowodanowym, tj. brakiem dostatecznej ilości węglowodanów w pożywieniu.

H. SZCZEPAŃSKA

O rozpoznaniu i leczeniu krztuśćca

Koklusz wywołuje pałeczka *haemophilus pertussis.* Zapadalność na tę chorobę jest prawie powszechna już od najmłodszego wieku dziecka i koklusz przebiega tym groźniej, im dziecko jest młodsze. Koklusz przebiegając pozornie bez powikłań może doprowadzić do ciężkich, nieodwracalnych uszkodzeń w ośrodkowym układzie nerwowym i płucach (rozedma, niedodma). Wczesne rozpoznanie jest zagadnieniem dużej wagi. W okresie nieżytowym koklusz cechuje wzrost liczby krwinek białych. Leukocytoza dochodzi do 20 — 60 i więcej tysięcy. Zmiany w ustroju dziecka są wyrazem działania jadów zarazka kokluszu. Racjonalne jest leczenie antybiotykami, jak auromycetyną, streptomycyną, a zwłaszcza chloromycetyną. Antybiotyki te zastosowane wcześnie wpływają skutecznie na zmniejszenie liczby napadów kaszlu, skracają okres choroby oraz łagodzą przebieg powikłań.

Chloromycetynę można stosować doustnie, przeciętnie po 50 mg na 1 kg wagi ciała w 4 dawkach dziennych przez 7 dni. Ostatnio dobre wyniki otrzymano przez wstrzykiwania surowicy osób specjalnie uodpornionych szczepionką kokluszową. W leczeniu krztuśćca duże znaczenie ma zachowanie się otoczenia: spokój i zainteresowanie dziecka zabawą, niewymagającą ruchu. W odżywianiu dziecka obowiązuje dieta białkowo - węglowodanowa z dużym dodatkiem witaminy C. Szczególną uwagę należy skierować na zapewnienie dziecku chłodnego, świeżego powietrza.

E. STEFFEN

Leczenie zachowawcze choroby wrzodowej.

Przypadki choroby wrzodowej są tak liczne, że stają się zagadnieniem społecznym, tym bardziej, że jest to choroba przewlekła, wymagająca dłuższego leczenia. Podstawą leczenia zachowawczego choroby wrzodowej jest wypoczynek i racjonalna dieta, na dalszym zaś planie — leczenie farmakologiczne. W świeżych przypadkach tej choroby — doskonałe wyniki daje sen przedłużony. Należy stosować dietę mieszaną: roślinne białko, surowe masło, cukier, kleiste zupy, czerstwe pieczywo, jarzyny przecierane, ograniczoną ilość soli. Leczenie zachowawcze prowadzone planowo w dobrze zorganizowanym zakładzie leczniczym może dać 70 — 80% przypadków wyleczenia. Jednak takie leczenie należy stosować profilaktycznie co kilka miesięcy w ciągu 3 — 5 lat. Konieczny jest regularny tryb życia, zaniechanie palenia i zaprzestanie używania alkoholu.

J. S.

REDAKCJA: Warszawa, al. Stalina 22, Zw. Zaw. Sł. Zdr. Tel. 8-34-91. Redakcja czynna codziennie: 11 — 13.
Wydawca: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, ul. Chocimska 22.
Prenumerata: kwartalnie zł 6.—, rocznie zł 24.—. Cena pojedynczego zeszytu zł 2.—.
Zamówienia i wpłaty na prenumeratę przyjmują placówki pocztowe właściwego rejonu doręczeń, na terenie którego zamieszkuje prenumerator - odbiorca lub za pośrednictwem listonoszów do dnia 10-go każdego miesiąca, poprzedzającego okres zamawianej prenumeraty.
Egzemplarze archiwalne (wsteczne) czasopisma otrzymać można w PPK „Ruch", Centralna Ekspedycja — Warszawa, ul. Srebrna 12, po uprzednim wpłaceniu należności na konto PKO I-15207/110 — „Sprzedaż Archiwalna" lub w Księgarni Medycznej Domu Książki w Warszawie, ul. Mokotowska 24.
Cena ogłoszeń: 1 str. — 2.150 zł, 1/2 str. — 1.100 zł, 1/4 str. — 600 zł, 1/8 str. — 300 zł, 1 cm² — 5 zł.

Druk. LSW. W-wa. Zam. 529c z dn. 6.VIII.53 r. Pap. druk. sat. kl. V. 60 g. A1. Nakł. 6.400 + 50 egz. 4-B-14681